****

**HOSPIC Frýdek-Místek, p.o.**

I. J. Pešiny 3640

738 01 Frýdek-Místek

tel.: 595538111 IČ: 72046546

**ŽÁDOST o přijetí pacienta**

***Vyplňuje pacient:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Údaje o pacientovi** | | | | |
| Příjmení a jméno pacienta: | | Rodné číslo: | | Státní příslušnost: |
| Titul: | Rodné příjmení: | Rodinný stav: | | Zdravotní pojišťovna: |
| Druh a výše příjmů:  🗌 starobní důchod ……………………………  🗌 dávky hmotné nouze ……………………………  🗌 jiné: ………………………….. ………………………….. | | Telefon: | 🗌 bydlím sám  🗌 bydlím s: | |
| Příspěvek na péči: 🗌 ano stupeň ………….. 🗌 ne Zažádáno dne: ……………………………… | | | | |
| Adresa trvalého pobytu: | | Praktický lékař (jméno, adresa, telefon): | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nejbližší osoba pacienta (dle určení pacienta)** | |
| Příjmení, jméno, titul: | Datum narození: |
| Adresa: | Vztah: |
| Telefon: |
| E-mailová adresa: | |
| Kdo převezme péči o pacienta po eventuálním propuštění? | |

***Vyplňuje lékař:***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnostický souhrn (v případě hospitalizace pacienta přiložte k žádosti předběžnou propouštěcí zprávu, v ostatních případech přiložte poslední lékařskou zprávu): | | | | | | |
| Pokročilé onkologické onemocnění: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Interní polymorbidita s onkologickým onemocněním: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Terminální stav bez onkologického onemocnění: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Jiné, dopište: | | | | | |  |
| U pacientů s onkologickým onemocněním rozhodl onkolog, že protinádorová terapie již není indikovaná: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Byla doporučena symptomatická paliativní péče: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Porucha vědomí: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Stomie:  Druh: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Dekubity: | | | | | | 🗌 ano 🗌 ne |
| Posouzení závislosti:  🗌 imobilita 🗌 sám se nepřesune z lůžka na židli 🗌 sám se nenají anebo nenapije  🗌 sám se neoblékne 🗌 inkontinence (moče, stolice) 🗌 sám nevykonává hygienu | | | | | | |
| Hodnocení výkonnostního stavu:  🗌 pacient je chodící, aktivní, ambulantní, postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc  🗌 pacient je na lůžku nebo křesle > 50% denní doby, schopen omezené péče o sebe, nutná aktivní pomoc a péče  🗌 pacient je ležící, neschopen péče o sebe, nezbytná aktivní zdravotní péče (ošetřovatelská, lékařská) | | | | | | |
| Příjem tekutin za den: ml Příjem jídla za den: % porce (0-100%) | | | | | | |
| Hodnocení závažnosti příznaků: | | | | | | |
|  | žádná | nízká | střední | vysoká | užívá léky (pokud ANO, uveďte jaké/NE | |
| Bolest |  |  |  |  |  | |
| Dušnost |  |  |  |  |  | |
| Nauzea/zvracení |  |  |  |  |  | |
| Nechutenství |  |  |  |  |  | |
| Únava/slabost |  |  |  |  |  | |
| Deprese/úzkost |  |  |  |  |  | |
| Ospalost |  |  |  |  |  | |
| Další obtíže/příznaky: | | | | | | |
| Pacient je informován o své diagnóze: ano 🗌 pravdivě 🗌 částečně 🗌 ne  o své prognóze: ano 🗌 pravdivě 🗌 částečně 🗌 ne | | | | | | |
| Chce pacient o své nemoci, prognóze, situaci mluvit? 🗌 ano 🗌 občas 🗌 ne | | | | | | |
| Jak byla informována osoba blízká? | | | | | | |
| Přikládám „Svobodný informovaný souhlas pacienta“, který je podmínkou přijetí do Hospice Frýdek-Místek, p.o. | | | | | | |

V ……………………….…….. dne ……………………… …..……………………………………………….

razítko a podpis lékaře,   
který žádost vyplnil

***Posouzení žádosti lékařem Hospice FM:***

|  |  |
| --- | --- |
| Výsledek posouzení žádosti: | Datum, jméno a podpis lékaře: |
| Výsledek posouzení žádosti: | Datum, jméno a podpis lékaře: |

**Svobodný informovaný souhlas pacienta/ky**

**Já níže podepsaný/á**

jméno a příjmení:

bydliště:

prohlašuji, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a s diagnózou.

Byl/a jsem informován/a o tom, že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, ale hlavní úsilí je vedeno ke zlepšení kvality života. Byl/a jsem informován/a o tom, že můj život nebude v hospici uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující.

Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a zeptat se na vše, co považuji za podstatné. S pobytem a vysvětlenými paliativními (obtíže mírnícími) léčebnými postupy v hospici souhlasím. Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu. Souhlasím s tím, že budu informován/a v případě, že se vyskytnou nové skutečnosti významné pro můj pobyt v hospici.

Mé dříve vyslovené přání dle § 36 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je, aby se péče řídila výše uvedenými cíli léčby i v případě zhoršení mého zdravotního stavu, které mi znemožní podílet se na rozhodování o další péči. Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení ze strany lékaře dle bodu 5 resp. 6 přílohy 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.   
Výslovně souhlasím s použitím svých osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby Hospice Frýdek-Místek, p.o.   
Souhlasím s úhradou za pobyt dle platného ceníku.

V: Datum:

Lékař doporučující hospic. péči: Podpis:

Pacient: Podpis:

*Poznámka:*

*V případě, že pacient není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu způsobilý připojit svůj podpis, bude akceptován zástupný podpis osoby blízké pacienta uvedené v žádosti. Lékař připojí poznámku, že pacient není schopen podpisu.*