

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: <input type="checkbox"/> starobní důchod <input type="checkbox"/> dávky hmotné nouze <input type="checkbox"/> jiné:		Telefon:	<input type="checkbox"/> bydlím sám <input type="checkbox"/> bydlím s:
Příspěvek na péči: <input type="checkbox"/> ano stupeň <input type="checkbox"/> 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:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Interní polymorbidita s onkologickým onemocněním:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Terminální stav bez onkologického onemocnění:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Jiné, dopište:						
U pacientů s onkologickým onemocněním rozhodl onkolog, že protinádorová terapie již není indikovaná:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Byla doporučena symptomatická paliativní péče:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Porucha vědomí:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Stomie:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Druh:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Dekubity:			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Posouzení závislosti:						
<input type="checkbox"/> imobilita		<input type="checkbox"/> sám se nepřesune z lůžka na židli		<input type="checkbox"/> sám se nenají anebo nenapije		
<input type="checkbox"/> sám se neoblékne		<input type="checkbox"/> inkontinence (moče, stolice)		<input type="checkbox"/> sám nevykonává hygienu		
Hodnocení výkonnostního stavu:						
<input type="checkbox"/> pacient je chodící, aktivní, ambulantní, postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc						
<input type="checkbox"/> pacient je na lůžku nebo křesle > 50% denní doby, schopen omezené péče o sebe, nutná aktivní pomoc a péče						
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> pravdivě	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
o své prognóze:			ano	<input type="checkbox"/> pravdivě	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne
Chce pacient o své nemoci, prognóze, situaci mluvit?			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> 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 (obtěže 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.