|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nem_logo  **ŽÁDOST O PŘIJETÍ**  **DO LŮŽKOVÉ HOSPICOVÉ PÉČE** | | | | | |
| Pacient/ka | Jméno | Příjmení | | Titul | |
| Rodné číslo | Číslo OP | | Zdravotní pojišťovna | |
| Datum narození | Rodné příjmení | | Povolání | |
| Adresa trvalého bydliště | | | Telefon | |
|  | |
| Adresa současného pobytu | | | Telefon | |
|  | |
| Lékař | Praktický lékař | | Odesílající / odborný lékař | | |
| Název, adresa pracoviště | | Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení) | | |
| Telefon: | | Telefon: | | |
| E-mail: | | E-mail: | | |
| Sociální situace | Sociální stav | | | Pacient žije sám  Ano  Ne | |
| Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil)  Jméno, příjmení, titul | | | Vztah k pacientovi | |
| Adresa | | | E-mail: | |
| Telefon: | |
| Kontaktní osoba (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil) Jméno, příjmení, titul | | | Vztah k pacientovi | |
| Adresa | | | E-mail: | |
| Telefon: | |
| Pacient má přiznaný příspěvek na péči  Ano  Ne | | Přiznaný stupeň závislosti (I-IV. stupeň): | | |
| Výše příspěvku (Kč): | | Úřad, který příspěvek přiznal: | | |
| Nepobírá-li pacient příspěvek, je o něj zažádáno  Ano, uveďte kdy, kde | | | |  Ne |
| Ručitel (osoba odpovědná za vyrovnání závazků)  Jméno, příjmení, titul | | | Vztah k pacientovi | |
| Adresa | | | E-mail: | |
| Telefon: | |
| Pacient byl seznámen se svým onemocněním a prognózou  Ano  Ne  Nevím | | | | | |
| Pacient je informován o indikaci paliativní péče  Ano  Ne  Nevím | | | | | |
| Osoba blízká byla informována o pacientově diagnóze  Ano, jméno, vztah k pacientovi | | | | |  Ne |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nynější onemocnění, diagnózy | Důvod žádosti o přijetí pacienta do lůžkového hospice | | | | | | |
|  posouzení indikace k hospicové paliativní péči | | | | | | |
| Nynější onemocnění (diagnóza, datum stanovení, předpokládaná prognóza v době žádosti), příp. medikace | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Datum (měsíc a rok) indikace k paliativní péči (přiložte zdravotní dokumentaci s rozhodnutím, u onkologického  onemocnění s rozhodnutím o ukončení protinádorové léčby) | | | | | | |
| Vedlejší diagnózy (podle důležitosti, s datem stanovení), příp. medikace | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Plánované kontroly  Ano, uveďte | | | | | |  Ne |
| Infekční onemocnění (nejsou důvodem zamítnutí žádosti)  Hepatitida, uveďte typ:  HIV  MRSA | | | | | |  Ne |
| Žadatel | blízká osoba  praktický lékař odborný lékař  domácí hospic  zdravotnické zařízení  sociální zařízení | | | | | | |
| Pacient je v současné  době |  doma (datum poslední hospitalizace)   ve zdravotnickém zařízení (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail)   jinde (adresa, telefon, e-mail) | | | | | | |
| Současný stav pacienta | Mobilita   Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy   Pacient je převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy   Pacient je ležící, zcela závislý na pomoci druhých | | | | | | |
| Porucha vědomí:  somnolence  sopor  koma | | | | | |  Ne |
| Dekubity:  Ano  Ne | | | | | | |
| Invazivní vstupy (ponechte in situ):  CVK  PICC  PVK  NGS/NJS  PEG  PMK  TSK | | | | | |  Ne |
| Stomie:  Ano, druh | | | | | |  Ne |
| Hodnocení závažnosti příznaků |  | Žádná | Nízká | Střední | Vysoká | |
| Bolest |  |  |  |  | |
| Dušnost |  |  |  |  | |
| Nauzea/zvracení |  |  |  |  | |
| Nechutenství |  |  |  |  | |
| Únava/slabost |  |  |  |  | |
| Deprese/úzkost |  |  |  |  | |
| Ospalost |  |  |  |  | |
| Další problémy: | | | | | |
| Nelze-li získat svobodný informovaný souhlas, uveďte důvod | | | | | | | |
| Zavedeno detenční řízení  Ano  Ne | | | | | | | |
| Datum, jméno, podpis lékaře, který žádost vyplnil | | | | | | | |
| Datum, jméno, podpis osoby, která žádost vyplnila, vztah k pacientovi | | | | | | | |

|  |
| --- |
| SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY S PŘIJETÍM  DO PALIATIVNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE HOSPICOVÉHO TYPU  Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení lékařem o mém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem seznámen/a s povahou a účelem hospicové paliativní léčby, jejími možnostmi a alternativách, jakož i s důsledky a riziky svého rozhodnutí, že mi nadále bude poskytována hospicová paliativní péče.  Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové paliativní péče je především kvalita života a respekt k osobní důstojnosti. Jsem si vědom/a, že budou používány léčebné postupy, jejichž cílem je úleva od nepříjemných projevů nemoci a poskytnutí maximálního pohodlí. Beru na vědomí, že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou ani zvrátit neblahý průběh onemocnění, ani zlepšit kvalitu života (např. zaměřené na obnovu nebo léčbu selhávajících orgánů).  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.  Výslovně souhlasím s použitím svých osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby Oblastní nemocnice Příbram. Souhlasím s úhradou za pobyt dle aktuálního ceníku nemocnice.  Jméno a příjmení pacienta/ky: Rodné číslo pacienta/ky:  V…………………………… dne ……………………… Podpis pacienta/ky ………………………………………… |
| Není-li pacient/ka schopen/a podepsat svobodný informovaný souhlas s ohledem ke svému zdravotnímu stavu, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.  Jméno a příjmení pacienta/ky: Rodné číslo pacienta/ky:  V……………………………… dne ……………………….  Podpis osoby určené pacientem/pacientkou či jiné osoby: ….…………………….….………………, vztah …………………….…….…  Podpis svědka dříve vysloveného přání dle § 36 odst. 4 zákona o zdravotních službách …………………………………………… |

|  |
| --- |
| Žádost zašlete do Oblastní nemocnice Příbram, a.s.:   * poštou na adresu: Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01   V případě dotazů neváhejte kontaktovat oddělení paliativní péče 318 641 567 (568). |

Žádáme o co nejpřesnější vyplnění žádosti. Umožníte tak vyhovět individuálním požadavkům pacienta a urychlíte přijetí do našeho zařízení. Transport pacienta plánujte tak, aby příjem do našeho zařízení byl uskutečněn nejpozději do 12.00 naplánovaného dne přijetí.

Zavedené vstupy ponechte in situ.

|  |
| --- |
| Vyjádření Oblastní nemocnice Příbram a.s. k žádosti o přijetí:  Datum, razítko a podpis lékaře |