

Jméno a příjmení klienta odlehčovací služby:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Vyplňte délku pobytu:

od

do

,

počet dní:

Adresa trvalého bydliště:

PSC:

Adresa nynějšího pobytu klienta (u rodiny atd.):

PSC:

Tel.:

Email:

Klient je příjemcem příspěvku na péči:

ANO

NE

Praktický lékař klienta:

I. stupeň:

II. stupeň.:

Jméno:

Tel.:

III. stupeň:

IV. stupeň.:

Adresa:

Žadatel o službu (pečující):

Jméno a příjmení:

Vztah:

Adresa:

Tel.:

Komu se předá klient do péče po ukončení pobytu, či předčasně (není-li shodná s pečující osobou):

Jméno a příjmení:

Vztah:

Adresa:

Tel.:

Závažná sdělení o klientovi (manipulace s klientem, dekubity, epilepsie, inkontinence- epi, permanentní katetr atd.-má zajistit EHH terénní zdravotní péči, či nikoliv?): uveďte priority podle závažnosti příznaků:**Dosavadní léková terapie** (vypište přesně, včetně dávkování):**Souhlas:**

1. Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a seznámen/a s péčí jiného poskytovatele při nepřítomnosti pečující a že souhlasím s péčí poskytovatele EHH tímto ujednáním.

.....
podpis klienta

2. Rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům předložen: ANO NE
3. Jsem si vědom/a/, že doba zajištěné odlehčovací péče je plánována na max. 15 dní

.....
pečující osoba

AKTUÁLNÍ STAV KLIENTA

Návyky, schopnosti, potřeby

Komunikace – Dobrá: ANO NE
Částečná: ANO NE
Vyjádří potřeby verbálně: ANO NE
Vyjádří potřeby písemně: ANO NE
Reaguje gesty: ANO NE
Reaguje, když někdo hovoří: ANO NE
Psychický stav - orientace místní: ANO NE
Orientace časová: ANO NE
Dezorientace: ANO NE
Demence: ANO NE
Apatický: ANO NE
Klidný: ANO NE
Úzkostlivý: ANO NE
Neklidný: ANO NE
Agresivní: ANO NE

Mobilita

Mobilita - chůze: ANO NE , o berlích: ANO NE , s chodítkem s dopomocí: ANO NE
s holí: ANO NE
s chodítkem sám: ANO NE
s chodítkem s dopomocí: ANO NE

Po rovině: sám - s pomocí

Chůze po schodech do schodů: sám - s pomocí

Nerovnost terénu: ANO NE

Překročení překážek: ANO NE

Invalidní vozík sám ANO NE , s pomocí asistenta ANO NE

Nemám ještě pomůcky, již mám zažádáno o potřebné kompenzační pomůcky: ANO NE

Nemám ještě požádáno o potřebné kompenzační pomůcky: NE

Jiné možnosti:

Osobní hygiena

S čím je třeba pomoci:

Hygiena-jak se myje,co zvládne sám(a)-popis:

Česání - sám (a): ANO NE , s pomocí provádí pracovník v sociálních službách: ANO NE

Stříhání nehtů na ruku sám(a): ANO NE , s pomocí provádí pracovník: ANO NE

Čištění uší- sám(a): ANO NE , s pomocí provádí pracovník v sociálních službách: ANO NE

Čištění zubů-sám(a): ANO NE , s pomocí provádí pracovník v sociálních službách: ANO NE

Čištění umělého chrupu sám(a): s pomocí provádí pracovník v sociálních službách: ANO NE

Koupání sám (a): ANO NE , s pomocí provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

Sprchování sám(a): ANO NE , s pomocí provádí pracovník v soc. službách: ANO NE

Hygiena na lůžku: ANO NE s pomocí provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

Holení sám: ANO NE , s pomocí provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

Péče o vlasy sám(a) s pomocí provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

Používání WC samostatně ANO NE , s dopomocí ANO NE , po výzvě ANO NE

Inkontinence ANO NE , utře se ANO NE , utře se s pomocí ANO NE

Splachování ANO NE

Mytí rukou ANO NE

OBLÉKÁNÍ

Provádí sám(a) ANO NE

S dopomocí ANO NE

provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

STLANÍ A ÚPRAVA LŮŽKA

Sám(a) ANO NE

S dopomocí ANO NE

Provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

PÉČE O DOMÁCNOST

Sám(a) ANO NE

S pomocí rodiny ANO NE

S dopomocí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

Provádí pracovník přímé obslužné péče ANO NE

STRAVOVÁNÍ

Adaptační dovednosti

Vyjádření hladu ANO NE

Vyjádření žízně ANO NE

Polykání ANO NE

Kousání ANO NE

Jí sám ANO NE

S dopomocí ANO NE

Krmení ANO NE

Jiný způsob stravování ANO NE

Pití - z hrnku ANO NE

Z lahve ANO NE

Brčkem ANO NE

Jiný způsob ANO NE

DIETA

Diabetická ANO NE

Odtučňovací ANO NE

Potravinová alergie ANO NE

Jiná dieta ANO NE