

## Návrh na přijetí na paliativní jednotku

|                                               |                                        |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Jméno a příjmení pacienta:                    |                                        |
| Bydliště:                                     |                                        |
| Rodné číslo:                                  | Zdravotní pojišťovna:                  |
| Hospitalizace pacienta<br>Od kdy:<br>Telefon: | Adresa – razítko žádajícího pracoviště |
| Diagnóza hlavní:                              |                                        |
| Diagnózy vedlejší:                            |                                        |
| Současná medikace:                            | MRSA nebo jiné závažné infekce:        |
|                                               | Od kdy:<br>Kde:                        |
|                                               | Ostatní:                               |
| Terapie:                                      |                                        |
| Důvod přijetí:                                |                                        |

### Sociální šetření

|                                                                                                                        |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Poměry hmotné + příspěvek na péči:                                                                                     | Splatnost:                                                            |
| Poměry bytové:                                                                                                         |                                                                       |
| Příbuzní – osoby blízké (adresa, telefon):                                                                             |                                                                       |
| Žádost do domova důchodců (jiného zařízení): <input type="checkbox"/> Ano – datum a místo: <input type="checkbox"/> Ne |                                                                       |
| Pečovatelská služba: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                          | Domácí péče: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |

## Současný stav pacienta

|                                                   |                       |                      |                      |               |                 |           |
|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|---------------|-----------------|-----------|
| Příjem potravy                                    | samostatně            | neprovede            | s pomocí             | příjem p.o.   | příjem PEG      | NSG sonda |
| Mobilita                                          | samostatně bez pomoci | samostatně po pokoji | nutný doprovod       | chodítko      | invalidní vozík | imobilní  |
| Porucha orientace                                 | orientován            | zmatený klidný       | zmatený neklidný     | noční neklidy |                 |           |
| Kontinence moči                                   | plně kontinentní      | občas inkontinentní  | trvale inkontinentní | zavedený PMK  |                 |           |
| Kontinence stolice                                | plně kontinentní      | občas inkontinentní  | trvale inkontinentní | stomie        |                 |           |
| Dekubity                                          | ne                    | ano                  | kde:                 | kolik:        | stupeň:         |           |
| Ostatní                                           | TSK                   | CŽK                  | Dialýza              |               |                 |           |
| Dekubity, rána: lokalizace, stupeň – krátký popis |                       |                      |                      |               |                 |           |

.....  
Datum

.....  
Navrhující lékař – razítko, podpis

Poznámky navrhujícího lékaře:

- cena za nadstandardní služby 200,- Kč/den

Souhlasím s platbou za hospitalizaci, se kterou jsem byl srozuměn. Platba bude provedena vždy nejdéle k poslednímu dni v měsíci.

.....  
podpis žadatele/příbuzného

.....  
staniční sestra (jméno, telefon)

Vyplněný návrh zašlete faxem na tel. číslo 318 581 901 nebo e-mailem na [socialni@naplesi.cz](mailto:socialni@naplesi.cz) (sociální pracovnice).