

Posudek o zdravotním stavu žadatele o pobytovou sociální službu

V souladu s § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, **je nutné, aby posudek byl vydán registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (případně ošetřujícím lékařem lůžkové péče).**

1. Informace o osobě, o jejímž zdravotním stavu se posudek vydává (dále jen „osoba“):
Jméno (či jména):
Příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu (obec, ulice, PSČ):
2. Informace o zdravotním stavu osoby: a) Výčet onemocnění (včetně popisu projevů) ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí

b) Infekční onemocnění

- osoba trpí akutním infekčním onemocněním ANO NE
- osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění ANO NE
- uveďte podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav osoby vyžaduje

c) Smyslové postižení

- osoba trpí vážným postižením sluchu ANO NE
- osoba trpí vážným postižením zraku ANO NE
- uveďte podrobněji, zda a jaké kompenzační pomůcky osoba využívá

d) Duševní onemocnění

- zdravotní stav osoby umožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení ANO NE
- popište co nejpodrobněji, jakým způsobem se projevuje osoba navenek (včetně projevů slovní i fyzické agresivity), tj. jaké je její chování vůči své osobě, svému okolí (známým, cizím osobám), prostředí, ve kterém osoba pobývá atp.

e) Nutnost hospitalizace ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nebo potřeba přístrojového vybavení

- zdravotní stav osoby vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče ANO NE
- v případě, že hospitalizace osoby není potřebná, uveďte, zda je nezbytné, aby měla osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu k dispozici určité přístrojové vybavení (včetně informace, o jaké vybavení jde), případně zda osoba potřebuje specializovanou zdravotní péči

f) Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti osoby

- u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností ANO NE
- osoba je orientována vlastní osobou ANO NE
- osoba je orientována časem ANO NE
- osoba je orientována místem ANO NE

- v případě, že u osoby došlo k deterioraci některých kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností, uveďte, zda (případně do jaké míry) je osoba schopna pochopit obsah a účel sdělovaných informací

- v případě, že osoba má snížené schopnosti v některé výše uvedené oblasti orientace nebo je již nemá zachovány, podrobněji popište, jak se projevují

g) Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:

3. Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:

a) komunikace

- osoba nemá narušenu schopnost komunikace běžným způsobem (verbálně) ANO NE
- osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému ANO NE
- v případě, že má osoba narušenu schopnost komunikace, podrobněji popište, z jakého důvodu je schopnost narušena, případně jakým způsobem osoba komunikuje

h) mobilita (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)

- osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- osoba zvládá udržet polohu v sedě bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek ANO NE
- v případě, že má osoba snížené schopnosti v oblasti mobility, podrobněji popište, zda je nutná a v čem podpora jiné fyzické osoby a jaké kompenzační pomůcky osoba potřebuje

i) stravování

- osoba má dietní omezení ANO NE
- osoba potřebuje zajistit podávání stravy výživovou sondou nebo pomocí PEG (PEJ) ANO NE
- v případě, že má osoba zvýšené nároky na stravování, podrobněji popište jaké

4. Pro upřesnění potřeb osoby, je možné k žádosti přiložit výsledky odborných vyšetření. V případě, že jsou k žádosti přiložena, uveďte, o jaká vyšetření jde:

5. Datum vydání posudku, jmenovka a podpis lékaře, který potvrzení vydává, otisk razítka, ze kterého je patrný název poskytovatele zdravotních služeb:

.....
datum vydání potvrzení

.....
jmenovka a podpis lékaře

.....
otisk razítka

6. Záznamy poskytovatele k zdravotnímu stavu osoby:

.....
datum, jméno a podpis