**ČÁST A**

**Žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Bydliště:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Zdravotní pojišťovna žadatele:** |  |

**Lékař:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Adresa:** |  |
| **Telefon:** |  |

**Žadatel/ka trpí níže uvedenými zdravotními potížemi, které vylučují přijetí do DSP Tmavý Důl:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení. | **ANO** | **NE** |
| 1. Osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci. | **ANO** | **NE** |
| 1. Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití *(neplatí v případě poskytování pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem)* | **ANO** | **NE** |

**ČÁST B (POUZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY)**

**Vyplňuje ošetřující lékař.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anamnéza:** |  | | |
| **Diagnóza:**  (hlavní diagnóza, ostatní choroby) |  | | |
| **Dopady zdravotního stavu na míru soběstačnosti:** (projevy diagnóz na funkční stav) |  | | |
| **Duševní stav:**  (např. projevy narušující kolektivní soužití) |  | | |
| **Potřeba specializované péče a pomůcek:**  (např. PEG, stomie, oxygenátor, odsávačka…) |  | | |
| **Potřeba lékařského ošetření:** (trvale x občas) |  | | |
| **Je žadatel pod dohledem specialisty či odbor. pracoviště:**  (například plicní, neurologie, psychiatrie, onkologie, kardiologie, diabetologie apod.) |  | | |
| **Inkontinence:** | **stolice** | **moči** | |
| **Datum posledního očkování:**  (Pneumo 23, Vaxifrip, TAT, Covid-19) |  | | |
| **Doporučení k poskytování služby na oddělení se zvláštním režimem** (odd. přizpůsobené specifickým potřebám klientů se stařeckou, Alzh. demencí či ostatními typy demencí, zabezpečující ochranu – vyšší míra dohledu – před vznikem možných rizik – bloudění, ztráta v prostoru, omezení rizika pádu, ublížení na zdraví atd.) | | **ANO** | **NE** |
| **Porucha příjmu potravy:** |  | | |
| **Alergie:** |  | | |
| **Požadované přílohy:** | 1. Výsledky na bacilonosičství – je-li indikováno 2. Kopie posledních lékařských zpráv specializovaných pracovišť | | |

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré dostupné a podstatné informace ovlivňující možné přijetí žadatele do pobytové sociální služby Domov sociální péče Tmavý Důl a jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a nedostatečné informace by měly za následek případné neuzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby se žadatelem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:**  **Razítko a podpis lékaře:** |  |

**Pouze pro domovy se zvláštním režimem ČÁST C (POUZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY)**

**Vyplňuje lékař specialista (neurolog nebo psychiatr).**

**Žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Bydliště:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **Zdravotní pojišťovna žadatele:** |  |

**Lékař**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Adresa:** |  |
| **Telefon:** |  |

**Definice cílové skupiny Domova se zvláštním režimem**

*Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem v Domově sociální péče Tmavý Důl jsou osoby starší 40 let s chronickým duševním onemocněním (Alzheimerova, vaskulární, stařecká demence nebo demence jiného typu), kteří jsou těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby, jimž bylo toto onemocnění diagnostikováno odborníkem z oboru psychiatrie nebo neurologie. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu poruchy orientace a krátkodobé paměti v důsledku onemocnění demence nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb či jinou pobyt. službou.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1) Bylo žadateli diagnostikováno onemocnění demence?**  **Pokud ano, kdy, demence, jakého typu a jakého stupně je v současné době.** | **ANO** | **NE** |  |
| **2) Poslední výsledek testu MMSE:** ze dne: | | | |
| **3) Bylo žadateli diagnostikováno jiné duševní onemocnění?**  **Pokud ano, jaké?** | **ANO** | **NE** |  |
| **4) Bylo žadateli diagnostikováno jiné duševní onemocnění?**  **Pokud ano, jaké?** | **ANO** | **NE** |  |
| **5) Trpí žadatel poruchami spánku?** | **ANO** | **NE** |  |
| **6) Trpí žadatel opakovanými pády?** | **ANO** | **NE** |  |
| **7) Trpí žadatel opakovanými delirii?**  **Pokud ano, jak často, v jaké denní době a jak se projevují?** | **ANO** | **NE** |  |
| **8) Jsou u žadatele patrné poruchy chování včetně projevů bloudění, agresivity, psychotických příznaků a poruchy nálady? Pokud ano, popis:** | **ANO** | **NE** |  |
| **9) Je zjištěn aktuálně návyk na alkohol, léky či jiné omamné a psychotropní látky?**  **Pokud ano, projevy a potřeby:** | **ANO** | **NE** |  |
| **10) Jaké léky související s duševním onemocněním žadatel užívá?** | **ANO** | **NE** |  |
| **11) Jiné sdělení lékaře důležitá pro posouzení žádosti žadatele:** | **ANO** | **NE** |  |