**Informace k používání formuláře**

Formulář je nastaven v obecné rovině a poskytovatelé pobytových sociálních služeb si jej mohou podle svých potřeb doplnit či pozměnit.

**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): |
| 1. **Informace o zdravotním stavu osoby:**
 |
| 1. **Výčet onemocnění (včetně popisu projevů) ze základní anamnézy osoby, se kterými se osoba léčí**
 |
| 1. **Infekční onemocnění**
* osoba trpí akutním infekčním onemocněním
* osoba prodělala v uplynulých 3 měsících nějaké parazitární onemocnění
* uveďte podrobněji, zda a jaká zvýšená hygienická opatření stav osoby vyžaduje
 | 🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **Smyslové postižení**
* osoba trpí vážným postižením sluchu
* osoba trpí vážným postižením zraku
* uveďte podrobněji, zda a jaké kompenzační pomůcky osoba využívá
 | 🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **Duševní onemocnění**
* zdravotní stav osoby neumožňuje osobě pobývat v kolektivním zařízení
* 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.
 | 🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **Nutnost hospitalizace ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nebo potřeba přístrojového vybavení**
* zdravotní stav osoby vyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče
* 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
 | 🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **Kognitivní funkce, paměťové a intelektové schopnosti a dovednosti osoby**
* u osoby došlo k deterioraci kognitivních funkcí, paměťových a intelektových schopností a dovedností
* osoba je orientována vlastní osobou
* osoba je orientována časem
* osoba je orientována místem
* 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
 | 🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
|  |  |
| 1. **Další důležitá sdělení ke zdravotnímu stavu osoby, která nejsou výše uvedena:**
 |
| 1. **Informace k vybraným oblastem týkající se komunikace osoby a její samostatnosti:**
 |
| 1. **komunikace**
* osoba nemá narušenu schopnost komunikace běžným způsobem (verbálně)
* osoba komunikuje pomocí alternativního nebo augmentativního systému
* v případě, že má osoba narušenu schopnost komunikace, podrobněji popište, z jakého důvodu je schopnost narušena, případně jakým způsobem osoba komunikuje
 | 🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **mobilita** (včetně potřeby zajištění kompenzačních pomůcek)
* osoba zvládá chůzi bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek
* osoba zvládá stát bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek
* osoba zvládá udržet polohu v sedě bez cizí pomoci nebo kompenzačních pomůcek
* 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
 | 🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **stravování**
* osoba má dietní omezení
* osoba potřebuje zajistit podávání stravy výživovou sondou nebo pomocí PEG (PEJ)
* v případě, že má osoba zvýšené nároky na stravování, podrobněji popište jaké
 | 🞏 ANO 🞏 NE🞏 ANO 🞏 NE |
|  |
| 1. **Pro upřesnění potřeb osoby, je možné k žádosti přiložit výsledky odborných vyšetření. V případě, že jsou k žádosti přiložena, uveďte, o jaká vyšetření jde:**
 |
| 1. **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**  |
| 1. **Záznamy poskytovatele k zdravotnímu stavu osoby:**

 **…………………………………….** **datum, jméno a podpis** |