

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO LŮŽKOVÉ HOSPICOVÉ PÉČE

| Identifikační údaje pacienta | |
|------------------------------|--|
| jméno a příjmení, titul | |
| datum narození | |
| rodné číslo | |
| stav | |
| adresa trvalého bydliště | |
| adresa nynějšího pobytu | |
| telefon | |
| zdravotní pojišťovna | |
| státní příslušnost | |

| Kontaktní osoba/osoby pacienta (osoba blízká nebo osoba, kterou si pacient určil) | |
|---|--|
| <i>výchozí kontakt. osoba¹</i> | |
| jméno a příjmení, titul | |
| vztah k pacientovi | |
| adresa | |
| telefon | |
| e-mail | |

| | |
|------------------------------------|--|
| <i>další kontakt. osoba</i> | |
| jméno a příjmení, titul | |
| vztah k pacientovi | |
| adresa | |
| telefon | |
| e-mail | |

¹ v případě potřeby bude personálem hospice kontaktována výchozí kontaktní osoba

| Zdravotní stav pacienta |
|---|
| diagnózy (uvedte priority dle závažnosti příznaků), přiložte propouštěcí či překladovou zprávu |
| |
| |
| dosavadní a současná terapie (vypište ji včetně dávkování, není-li uvedena v přiložené zprávě) |
| |
| |

| odesílající odborný lékař | praktický lékař |
|--|--------------------------------|
| název a adresa zdrav. zařízení (příp. oddělení nemocnice) | název a adresa zdrav. zařízení |
| telefon | telefon |
| e-mail | e-mail |

Níže uvedenou tabulku vyplňte, pokud požadované informace nejsou součástí propouštěcí či překladové zprávy

| Co bylo řečeno pacientovi o jeho diagnóze, event. prognóze? |
|---|
| <input type="checkbox"/> seznámen <input type="checkbox"/> neseznámen <input type="checkbox"/> částečně seznámen |
| chce pacient mluvit o své situaci <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| známé alergie |
| dieta |
| <ul style="list-style-type: none"> • chodící, schopen sebeobsluhy • převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy <ul style="list-style-type: none"> ○ potřeba dopomoci při <input type="checkbox"/> jídle <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> jiné • ležící závislý na pomoci druhých |
| <ul style="list-style-type: none"> • pacient pobírá příspěvek na péči <input type="checkbox"/> ano stupeň: <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> bylo zažádáno dne: |

Prohlášení a souhlas

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a souhlasím se zpracováním osobních a zdravotních údajů pro účely posouzení žádosti o přijetí do hospicové péče v souladu s platnými právními předpisy.

Datum:

Jméno, příjmení a podpis pacienta:

(případně jméno, příjmení a podpis osoby, která žádost vyplnila)

Vztah k pacientovi *(pokud žádost nevyplňuje sám pacient)*:

Telefon:

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM LŮŽKOVÉ HOSPICOVÉ PÉČE

Já, níže podepsaný/á (*jméno a příjmení*)..... rodné číslo.....

tímto potvrzuji, že jsem se svobodně rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči poté, co jsem byl/a lékařem poučen/a o mém zdravotním stavu a jeho prognóze.

Byl/a jsem seznámen/a s principy paliativní péče, která poskytuje:

- zajištění maximální kvality života pacienta, nikoliv jeho umělé prodlužování zákroky a postupy, které ke zlepšení kvality života nevedou,
- léčbu všech příznaků onemocnění dostupnými prostředky současné medicíny,
- zachování lidské důstojnosti s respektem k hodnotě člověka,
- péči multidisciplinárního týmu poskytovanou lékaři, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, psychologem, v případě zájmu duchovním.

V případě zlepšení a stabilizace zdravotního stavu mohou být propuštěn/a do domácího ošetřování.

Beru na vědomí, že ošetřující lékař může, pokud není léčivý přípravek distribuován nebo není v oběhu léčivý přípravek potřebných terapeutických vlastností, použít registrovaný léčivý přípravek způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku, je-li však takový způsob dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky.

Souhlasím s podáním léčiv neregistrovaných v ČR

Souhlasím/ nesouhlasím (*nehodící se škrtněte*)

s případným použitím neregistrovaného léčiva Levomepromazinum. Jedná se o antipsychotikum využívané při léčbě delirií, nevolnosti a zvracení. Mezi registrovanými přípravky v ČR nemá lék alternativu. Jeho použití jakožto neregistrovaného léku je formou výjimky povoleno příslušnými úřady. Použití řádně hlásíme Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

Souhlasím/ nesouhlasím (*nehodící se škrtněte*)

s případným použitím neregistrovaného léčiva Haloperidol. Jedná se o antipsychotikum využívané při léčbě delirií, nevolnosti a zvracení. Mezi registrovanými přípravky v ČR nemá lék alternativu. Jeho použití jakožto neregistrovaného léku je formou výjimky povoleno příslušnými úřady. Použití řádně hlásíme Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

Beru na vědomí, že poskytovatel péče bude využívat mé osobní údaje pro účely poskytování zdravotních a sociálních služeb, pro plnění povinností vyžadovaných platnými právními předpisy a další případy, kdy tak stanoví Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v Hospici pro Hradecko mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu.

Ve Stěžerách, dne

a) Podpis pacienta/ky

b) Jiný způsob, kterým pacient/ka projevil/a svou vůli, pokud není schopen/schopna podpisu (*např. ústně, pohybem hlavy, pohybem očí, stiskem ruky apod.*):

Svědci:

Jméno a příjmení, podpis Jméno a příjmení, podpis

c) Není-li pacient/ka schopen/a projeviti informovaný souhlas s ohledem na svůj zdravotní stav, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění. Není-li taková osoba nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.

Jméno, příjmení a podpis

Vztah k pacientovi