

ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA PALIATIVNÍ LŮŽKO

	Naléhavost přijetí ☐ Okamžitá ☐ Do měsíce ☐ Předběžná ☐		
Žadatel	Jméno	Příjmení	Titul
	Rodné příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
	Adresa trvalého bydliště		Telefon
	Adresa současného pobytu		Telefon
	Zákonný zástupce (jméno, příjmení)	Adresa	Telefon
Lékař	Praktický lékař		Odesílající / odborný lékař
	Název, adresa pracoviště		Název, adresa pracoviště (vč. uvedení oddělení)
	Telefon:		Telefon:
	E-mail:		E-mail:
Sociální situace	Sociální stav		Pacient žije sám ☐ Ano ☐ Ne
	Kontaktní osoba pro sdělování informací (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil): Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		E-mail:
			Telefon:
	Kontaktní osoba pro zástupné rozhodování (příbuzná, nejbližší nebo jiná, kterou si pacient určil): Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi
	Adresa		E-mail:
			Telefon:
	Pacient má přiznaný příspěvek na péči ☐ Ano ☐ Ne		Přiznaný stupeň závislosti (I-IV. stupeň)
	Výše příspěvku (Kč):		Úřad, který příspěvek přiznal:
	Nepobírá-li pacient příspěvek, je o něj zažádáno ☐ Ano, uveďte kdy, kde		☐ Ne
Pacient byl seznámen se svým onemocněním a prognózou ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím			
Pacient je informován o indikaci paliativní péče ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím			
Osoba blízká byla informována o pacientově diagnóze ☐ Ano, jméno, vztah k pacientovi		☐ Ne	

Nynější onemocnění, diagnózy	Důvod žádosti o přijetí pacienta na oddělení paliativní péče				
	☐ posouzení indikace k hospicové paliativní péči				
	Nynější onemocnění (diagnóza, datum stanovení, předpokládaná prognóza v době žádosti), příp. medikace				
	Bylo již rozhodnuto o převedení pacienta do paliativní péče? (přiložte případnou zdravotní dokumentaci s rozhodnutím, u onkologického onemocnění s rozhodnutím o ukončení protinádorové léčby)				
	Vedlejší diagnózy (podle důležitosti, s datem stanovení), příp. medikace				
Pacient je v současné době	Plánované kontroly ☐ Ano, uveďte ☐ Ne				
	Infekční onemocnění (nejsou důvodem zamítnutí žádosti) ☐ Hepatitida, uveďte ☐ Ne typ: ☐ HIV ☐ MRSA				
Současný stav pacienta	☐ doma (datum poslední hospitalizace)				
	☐ ve zdravotnickém zařízení (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail)				
	☐ jinde (adresa, telefon, e-mail)				
	Mobilita				
	☐ Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy				
	☐ Pacient je převážně ležící, schopen chůze s dopomocí, schopen omezené sebeobsluhy				
	☐ Pacient je ležící, zcela závislý na pomoci druhých				
	Porucha vědomí ☐ somnolence ☐ sopor ☐ koma ☐ Ne				
	Dekubity ☐ Ano ☐ Ne				
	Invazivní vstupy (ponechte in situ) ☐ CVK ☐ PICC ☐ PVK ☐ NGS/NJS ☐ Ne ☐ PEG ☐ PMK ☐ TSK				
Stomie ☐ Ano, druh ☐ Ne					
Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká
	Bolest				
	Dušnost				
	Nauzea/zvracení				
	Nechutenství				
	Únava/slabost				
	Deprese/úzkost				
	Ospalost				
Další problémy:					
Nelze-li získat svobodný informovaný souhlas, uveďte důvod					
Zavedeno detenční řízení ☐ Ano ☐ Ne					
Datum, jméno, podpis lékaře, který žádost vyplnil					

SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ PACIENTKY S PŘIJETÍM
ODDĚLENÍ PALIATIVNÍCH LŮŽEK

Potvrzuji, že jsem byl /a seznámen/a s povahou a účelem paliativní léčby, jejími možnostmi a alternativami, jakož i s důsledky a riziky svého rozhodnutí:

- jsem si vědom/a toho, že cílem paliativní péče je především kvalita života a respekt k osobní důstojnosti
- jsem si vědom/a, že budou používány léčebné postupy paliativní medicíny, jejichž cílem je úleva od nepříjemných projevů nemoci a poskytnutí maximálního pohodlí
- jsem si vědom/a, že moje onemocnění a celkový stav již neumožňuje záchranu, nebo dlouhodobé prodloužení života
- beru na vědomí, že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou ani zvrátit neblahý průběh onemocnění, ani zlepšit kvalitu života (postupy zaměřené na prodloužení života, např. invazivní metody intenzivní medicíny, léčba při selhávání orgánů, které prodlužují život za cenu zvýšeného diskomfortu).
- jsem si vědom/a kontraindikací k hospitalizaci na Oddělení paliativních lůžek:
 - probíhající onkologická léčba (kromě dlouhodobé hormonální tabletové léčby u nádorů prsu)
 - nesouhlas s principy zde poskytované péče – vyžadování další (např. onkologické) léčby

V případě existence *Dříve vysloveného přání dle § 36 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*, jeho platnost trvá - přeji si, aby se péče řídila výše uvedenými cíli léčby i v případě zhoršení mého zdravotního stavu, které mi znemožní podílet se na rozhodování o další péči. Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení ze strany lékaře dle bodu 5 resp. 6 přílohy 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro paliativní péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení lékařem o mém zdravotním stavu a jeho prognóze.

Dále výslovně souhlasím s použitím svých osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. Byl/a jsem seznámen/a s "informacemi před přijetím". Souhlasím s úhradou za pobyt dle platného ceníku.

Podpis pacienta/ky

V..... dne

Není-li pacient/ka schopen/a podepsat svobodný informovaný souhlas s ohledem ke svému zdravotnímu stavu, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.

Osoba určená k zástupnému rozhodování:

Vztah k pacientovi:

V..... dne

.....
Podpis osoby určené k zástupnému rozhodování

Žádost zašlete :

- poštou na adresu: Pavilon podpůrné a paliativní péče NJH – Oddělení paliativních lůžek
- U nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec
- či e-mailem na adresu: **oppp@nemjh.cz**

Prosíme o co nej přesnější vyplnění žádosti. Umožníte tak vyhovět individuálním požadavkům pacienta a urychlíte přijetí do našeho zařízení. Transport pacienta plánujte tak, aby příjem do našeho zařízení byl uskutečněn nejpozději do 10:00 hodin naplánovaného dne přijetí.

Vyjádření Oddělení paliativních lůžek Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. k žádosti o přijetí

Datum, razítko a podpis lékaře