|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** |
| **dot. osoby ubiegającej się o przyjęcie do opieki wytchnieniowej, całodobowej w CPC im. św. Jana Pawła II w Gdańsku** | | |

*(pieczęć podmiotu leczniczego) (miejscowość, data)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Nr PESEL:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **Opiekun:**  *(imię i nazwisko, nr telefonu)* |  |

1. Choroba zasadnicza – kod ICD 10 oraz choroby współistniejące:

Waga:

1. Ocena stanu klinicznego
   * Układ krążenia (w wypadku zaburzeń – opisać jakie):

RR TĘTNO

* + Układ oddechowy (w wypadku zaburzeń – opisać jakie):
    - W normie
    - Uwagi:
  + Układ pokarmowy \*
    - Przyjmuje pokarm samodzielnie
    - Jest karmiony przez drugą osobę
    - Wymaga stosowania specjalnej diety; jakiej
    - Inne (np. sonda, PEG itp.)

* + Układ moczowo-płciowy
    - W normie
    - Nietrzymanie moczu
    - Nietrzymanie stolca
    - Cewnik do pęcherza moczowego
    - Inne (jakie)
  + Układ ruchu
    - Osoba chodząca: samodzielnie, przy pomocy osób trzecich, przy pomocy przedmiotów ortopedycznych (jakich?)
    - Osoba leżąco-chodząca
    - Osoba leżąca
  + Przebyte urazy
  + Układ nerwowy (przebyte choroby i następstwa)
  + Narządy zmysłu (i ew. środki pomocnicze)

Wzrok

Słuch

* + Stan skóry (obecność odleżyn, owrzodzeń, odparzenia, ran, w tym przewlekłych – ich stopień, umiejscowienie i dotychczasowe leczenie
  + Możliwość komunikowania się (ew. dysfunkcje w zakresie mowy)

1. Ocena stanu psychicznego:
   * Poziom funkcjonowania poznawczego, obecność otępień i ich stopień:
   * Obecność innych zaburzeń stanu psychicznego:
     + Zaburzenia psychotyczne
     + Zaburzenia zachowania
     + Zaburzenia depresyjne
     + Uzależnienia (leki, alkohol, nikotyna, narkotyki)
2. Choroby zakaźne:

* COVID -19, szczepienie T/N
* Gruźlica
* HIV
* Inne (WZW B, WZW C)

1. OŚWIADCZENIA:
   * Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/nie wymaga\* całodobowej opieki w chwili badania.
   * Stwierdzam, że w/w osoba wymaga/nie wymaga\* hospitalizacji.
   * Stwierdzam brak przeciwskazań/są przeciwskazania do skorzystania z całodobowej opieki wytchnieniowej w Centrum Pomocowym Caritas im. św. Jana Pawła II w Gdańsku.

Zalecenia lekarskie:

1. Informacja dotycząca dawkowania leków.

**Uwaga !!! Tabelkę wypełnia lekarz, czytelnie drukowanymi literami (nazwę leku, dawkowanie, drogę podania, częstotliwość).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa leku** | **Dawkowanie (0-0-0)** | **Droga podania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Alergie na leki:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(data wystawienia) \*\** |  | *(pieczęć i podpis LEKARZA)* |

*\* właściwe zaznaczyć*

*\*\* zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wystawienia*

**Kwalifikacja do pobytu całodobowego w ramach usługi wytchnieniowej:** *(Wypełnia personel CPC im. św. Jana Pawła II)*

|  |  |
| --- | --- |
| **POZYTYWNA** ☐ | **NEGATYWNA** ☐ |
| **Uwagi:** | **Powód:** |
| *Data i czytelny podpis*: | |
| Akceptacja Koordynator projektu | *Data, podpis:* |