|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **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:* |