



Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
Dom ošetrovateľskej starostlivosti
Indikačný formulár
pre poskytovanie starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti

Meno a priezvisko:

Číslo poistenca:

Bydlisko:

Zdravotná poisťovňa:

Odtlačok pečiatky a kód lekára

Prijatie odporučil lekár:

Diagnóza podľa MKCH:

Špecifikácia pacienta / indikačná skupina:

- s imobilizačným syndrómom
- s chronickým ochorením
- v rehabilitačnom programe
- po chirurgickom výkone
- v rekonvalescencii
- po úraze s obmedzenou hybnosťou
- s narušením integritou kože
- s psychiatrickým ochorením
- s neurologickým ochorením

Predchádzajúca hospitalizácia:

Oddelenie:

od:

do:

Doporučená dĺžka pobytu v DOS:

Odporúčaná liečba:

Číslo telefónu, prípadne iný kontakt (Fax, e-mail) lekára, ktorý odporučil prijatie:

Týmto potvrdzujeme správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Podpis lekára:

Dátum:



Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
Dom ošetrovateľskej starostlivosti
Indikačný formulár
pre poskytovanie starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti

Ošetrovateľská starostlivosť (vyplní DOS)

<i>Názov testu, merania</i>	<i>Počet bodov, skóre</i>	<i>Slovné hodnotenie</i>
ADL		
Nortonovej škála		
MMS		

Ošetrovateľský problém , diagnóza a kód:

A 113 – Obmedzená pohyblivosť
V 107 – Inkontinencia moča
S 100 – Nedostatočná sebaopatera
A 116 – Riziko, úrazu, poranenia
P 102 – Zmenený myšlienkový proces

Ošetrovateľský plán:

- dbať o bezpečnosť
- predchádzať léziám a zapareninám
- nácvik seba obslužných činností
- udržať primeranú kvalitu života
- rehabilitovať

Vypracoval: Mgr. Brodňanová Mária

Dátum:

Týmto potvrdzujem správnosť a úplnosť všetkých vyplnených údajov.

Podpis odborného zástupcu: PhDr. Tvrdá Gabriela

Odtlačok pečiatky:

Stanovisko revízneho lekára ZP k prijatiu a pobytu pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti

- Súhlasím s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v DOS a navrhovanou dĺžkou pobytu.
- Navrhujem nasledovnú zmenu:

Dňa:

Pečiatka a podpis revízneho lekára: