**VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

*o zdravotním stavu žadatele*

*Doklad k žádosti o poskytování sociální služby v Charitním domě Salvator Krnov.*

**1. Žadatel** Jméno a (rodné) příjmení:

 Datum narození: Místo narození:

 Trvale bytem:

 Pojišťovna:

**2. Kontakt na praktického lékaře:**

**3. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní, alergie):**

|  |
| --- |
| **4. Diagnóza (česky, včetně označení MKN):**  a) hlavní  b) ostatní choroby a chorobné stavy |
|  |

**5. Objektivní nález** (status praesens generatis, v případě orgánového postižení i status localis)**:**

|  |
| --- |
| **6. Trvalá medikace:** |

**7. Jiné:**

Je schopen chůze bez cizí pomoci: ANO NE

Upoutání trvale – převážně na lůžko: ANO NE

Potřeba doprovodu druhé osoby: ANO NE

Schopnost sebeobsluhy: ANO NE

Potřeba inkontinentních pomůcek: ANO NE

Je schopen podpisu: ANO NE

Je schopen samostatně právně jednat ANO NE

Omezení svéprávnosti (jméno, kontakt na opatrovníka): ANO NE

**8. Je dispenzarizován u specialistů (např. plicního, neurologického, psychiatrického,**

**ortopedického, chirurgického, interního, diabetologické poradny, apod.):**

ANO NE

Jména, adresy:

Přítomnost akutního infekčního onemocnění: ANO NE

**Datum:**

**Razítko, podpis lékaře:**

**VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO PSYCHIATRA**

*o duševním stavu žadatele*

*Doklad k žádosti o poskytování sociální služby v Charitním domě Salvator Krnov.*

**1. Žadatel** Jméno a (rodné) příjmení:

 Datum narození: Místo narození:

 Trvale bytem:

 Pojišťovna:

**2. Kontakt na ošetřujícího psychiatrického lékaře:**

**3. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní, alergie):**

|  |
| --- |
| **4. Diagnóza (česky, včetně označení MKN)::**  a) hlavní  b) ostatní choroby a chorobné stavy |

**5. Objektivní nález** (status praesens generatis, v případě orgánového postižení i status localis)**:**

Celková délka psychiatrické léčby (od kdy):

Převažující klinický stav v posledních 3 měsících (zaškrtněte jednu možnost)

* kvalitní remise
* nekvalitní remise
* opakované dekompenzace
* relaps

Relaps (spouštěče, projevy krize, včasné varovné příznaky, riziko ohrožení, co pomáhá klientovi v krizi):

**6. Hospitalizace - léčba**

Hospitalizace v posledním roce ANO NE

Počet hospitalizací celkem

Ochranná léčba, ústavní nebo ambulantní léčba ANO NE

V případě, že ano, jaká:

V minulosti:

V současnosti:

|  |
| --- |
| **7. Trvalá medikace:** |
|  |

**8. Jiné:**

Je schopen samostatně právně jednat ANO NE

Sdělení lékaře, zda doporučuje otevřený režim naší pobytové služby, v souladu s popisem naší cílové skupiny – viz níže: ANO NE

**Okruh osob, komu je služba určena:**

**Služba je určena osobám starším 18 let s chronickým psychotickým duševním onemocněním -**

**s psychotickými poruchami, obsedantně kompulsivními poruchami, afektivními poruchami - poruchami nálad, maniodepresivními syndromy, depresivními poruchami, bipolárními afektivními poruchami, které nejsou schopny žít samy ve vlastním domácím prostředí, a jejich situaci není možno řešit pomocí rodiny, ani využitím terénních či ambulantních sociálních služeb.**

Kontraindikace cílové skupiny:

* osoba s akutní závislostí na návykových látkách (drogy, alkohol) ANO NE
* potřeba 24h péče ve zdravotnickém zařízení ANO NE
* přítomnost mentálního postižení ANO NE
* přítomnost PAS ANO NE
* přítomnost demence ANO NE
* přítomnost sexuální deviace ANO NE

**9. Vyjádřete, prosím, pokud víte o závažných okolnostech, které by mohly bránit ve spolupráci zájemce s organizací (např. závislost na alkoholu, návykových látkách, agresivní chování, riziko suicidálního jednání):**

**Datum:**

**Razítko, podpis lékaře:**