**Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti**

Zdravotnícke zariadenie: ***Spoločnosť Zlatý vek, o. z., Dom ošetrovateľskej starostlivosti***

so sídlom v: ***Špitálska 6, NITRA 949 01***

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky: ...........................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Rodné číslo: .......................................... Číselný kód zdravotnej poisťovne:

Bydlisko trvalé: ......................................................................................................................................

Bydlisko prechodné: ..............................................................................................................................

**Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti:**

.................................................................................................................................................................................

Lekárska diagnóza (slovom alebo *číslom podľa MKCH*): .....................................................................

Lieková alergia: ......................................................................................................................................

**🞏** stav si vyžaduje nepretržité poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti dlhšie ako 24 hod.

🞏 v regióne aktuálne neexistuje dostupné riešenie pre zabezpečenie nepretržitej komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení soc. služieb / vysoké riziko destabilizácie pri nezabezpečení KOS počas 24 hodín

🞏 stav nie je možné riešiť cestou ADOS, ADOS nepostačuje / vysoké riziko destabilizácie pri nezabezpečení KOS počas 24 hodín

**Odporúčaná liečba a diéta** (ak nie je aktuálna prepúšťacia správa) ....................................................................

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

**Sesterská diagnóza** (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | A 113 Imobilita | | |  |  |  | S 103 Deficit opatery v prijímaní potravy | | |  | A 131 Riziko aspirácie | | |  |  |  | A114 Riziko vzniku imobility | | |  | D 100-101-102-103 Dekubit | |  |  |  |  | A 100 Narušená adaptácia jednotlivca |  | |  | K 110 Narušená celistvosť kože | |  |  | V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba | |  | |  | D 104 Riziko vzniku dekubitov | | |  |  |  | A 116 Riziko úrazu, poranenia | | | |  | P 100 Narušená pamäť | | | |  |  | P 101 Zmena poznávacích funkcií | | |  | S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života | | | | |  | V 107 Inkontinencia stolice |  | |  | V 103 Inkontinencia stolice |  |  |  |  |  | Riziko epileptického záchvatu !! | | |  | Riziko náhlej hypoglykémie !! |  |  |  |  |  | Iné: .......................................................................................... | | |

**Funkčný stav pacienta:**

**H -** pacient/pacientka s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

**I -** imobilný pacient/pacientka (75%)

**F** - pacient/pacientka s psychiatrickou diagnózou, (75%)

mentálne retardovaný pacient/pacientka

**Plán ošetrovateľskej starostlivosti:**

**Komplexná ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu s prvkami rehabilitácie.**

viď príloha →

**Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:** viď príloha →

**Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| do 1 mesiaca | do 3 mesiacov | do 6 mesiacov | nad 6 mesiacov |

**Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhoval:** ....................................................

Dátum: ................................

............................................................ .............................................................................

podpis lekára podpis odborného zástupcu poskytovateľa

aodtlačok pečiatky ošetrovateľskej starostlivosti aodtlačok pečiatky