

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie: *Spoločnosť Zlatý vek, o. z., TILIA- Dom ošetrovateľskej starostlivosti*
so sídlom v: *Žitavská 141, Slepčany 951 52*

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 číslo podľa MKCH):

Lieková alergija:

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):

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A 113 Imobilita |
| <input type="checkbox"/> | A 131 Riziko aspirácie |
| <input type="checkbox"/> | D 100-101-102-103 Dekubit |
| <input type="checkbox"/> | K 110 Narušená celistvosť kože |
| <input type="checkbox"/> | D 104 Riziko vzniku dekubitov |
| <input type="checkbox"/> | P 100 Narušená pamäť |
| <input type="checkbox"/> | S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života |
| <input type="checkbox"/> | V 103 Inkontinencia stolice |
| <input type="checkbox"/> | Riziko náhleho hypoglykémie !! |

Funkčný stav pacienta:

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

I - imobilný pacient/pacientka (75%)

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

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu s prvkami rehabilitácie.
vid' príloha →

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie: vid' 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
a odtlačok pečiatky

.....
podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky