CENTAR ZA PRUŽANJE USLUGA U ZAJEDNICI ĐURĐEVAC

CENTAR ZA STARIJE OSOBE ĐURĐEVAC

Antuna Radića 6, 48 350 Đurđevac

LIJEČNIČKA POTVRDA / SVJEDODŽBA

ZA PRIJEM OSOBA NA BORAVAK ILI SMJEŠTAJ

1. OSOBNI PODACI

Ime i prezime korisnika	**Očevo ime**
Datum rođenja (dan, mjesec i godina)	**OIB**

2. ZDRAVSTVENO STANJE I ANAMNEZA

Glavna dijagnoza / glavne dijagnoze	
Ostale dijagnoze	
Bolesti u posljednjih 5 godina	**Bolnička liječenja (ustanova, kada i koliko dugo)**
Zadnji nalazi – internista / datum i nalaz	**Zadnji nalazi – neurolog / datum i nalaz**
Zadnji nalazi – psihijatar / datum i nalaz	**Zadnji nalazi – kirurg / datum i nalaz**

Boluje li korisnik od zaraznih bolesti? ☐ NE ☐ DA Ako DA, navesti kojih: _____

3. TJELESNO STANJE I OPĆI STATUS

Konstitucija	**Tjelesna visina**	**Tjelesna težina**

Vid **Pomagala: _____**	**Sluh** **Pomagala: _____**
Krvni tlak (RR)	**Puls**

Kontinentnost: ☐ Kontrolira stolicu i mokraću ☐ Ne kontrolira mokrenje ☐ Ne kontrolira stolicu

Koristi pomagala (navesti): _____

Lokomotorni sustav – kralježnica	**Lokomotorni sustav – okrajine**

4. POKRETLJIVOST I FUNKCIONALNA SAMOSTALNOST

Pokretljivost: ☐ Potpuna ☐ Djelomična, uz pomoć osobe ☐ Djelomična, uz pomagalo ☐ Nepokretan/a

Ako koristi pomagalo, navesti koje: _____

Funkcionalna samostalnost: ☐ Samostalan/na ☐ Djelomično ovisan/na o pomoći druge osobe ☐ Potpuno ovisan/na

5. NEUROLOŠKO, PSIHIČKO I KOGNITIVNO STANJE

Neurološki status
Psihičko stanje / kognitivni status

Kognitivno stanje: ☐ Uredno ☐ Demencija ☐ Alzheimerova bolest ☐ Drugo: _____

Orijentiranost u vremenu i prostoru: ☐ Orijentiran/a ☐ Djelomično orijentiran/a ☐ Neorijentiran/a

Dodatno: ☐ Vidne/slušne halucinacije ☐ Sklonost lutanju

6. POMOĆ, NJEGA, PREHRANA I MEDICINSKA SKRB

Pomoć i njega druge osobe: ☐ Nije potrebna ☐ Potrebna je kod:

☐ Osobne higijene ☐ Odijevanja ☐ Hranjenja ☐ Uzimanja lijekova

Dijetna prehrana: ☐ Nije potrebna ☐ Potrebna je – vrsta prehrane: _____

Medicinska skrb: ☐ Redovita terapija ☐ Pojačani nadzor ☐ Palijativna skrb ☐ Ostalo: _____

Sadašnja terapija (naziv lijeka, doza i način uzimanja)

7. MIŠLJENJE LIJEČNIKA I PROCJENA STUPNJA USLUGE

Prema zdravstvenom stanju korisnik:

☐ Odgovara III. stupnju usluge ☐ Odgovara IV. stupnju usluge

Napomena / dodatno mišljenje liječnika

Mjesto i datum: _____

Potpis i pečat liječnika:

_____