

VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE

z oboru psychiatrie nebo neurologie

(nedílná součást žádosti o poskytování sociální služby v domově se zvláštním režimem)

Lékařské vyšetření nesmí být starší 3 měsíců, akceptujeme i lékařské zprávy, jejichž obsah je totožný s tímto vyjádřením.

*Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem v Domově důchodců v Černožicích jsou osoby starší 40 let s chronickým duševním onemocněním (Alzheimerova, vaskulární, stařecká demence nebo demence jiného typu), kteří jsou těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby, jimž bylo toto onemocnění diagnostikováno **odborníkem z oboru psychiatrie nebo neurologie**. Jejich nepříznivou sociální situaci spočívající zejména ve snížené schopnosti péče o sebe sama z důvodu poruchy orientace a krátkodobé paměti v důsledku onemocnění demence nelze řešit v domácím prostředí ani s pomocí rodiny nebo s využitím terénních či ambulantních služeb.*

Jméno, příjmení:.....

Datum narození:.....

Bydliště:.....

Vzdělání:.....

1) Bylo žadateli diagnostikováno onemocnění demence? Ano Ne

2) Pokud ano, kdy, demence jakého typu a jakého stupně je v současné době?

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

3) Poslední výsledek testu MMSE: ze dne:

4) Bylo žadateli diagnostikováno jiné duševní onemocnění? Ano Ne

5) Pokud ano, jaké?

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

- 6) Trpí žadatel poruchami spánku? Ano Ne
- 7) Trpí žadatel opakovanými pády? Ano Ne
- 8) Trpí žadatel opakovanými delirii? Ano Ne

Pokud ano, jak často a v jaké denní době se deliria u žadatele vyskytují a jak se projevují?

.....

.....

.....

.....

- 9) Jsou u žadatele patrné poruchy chování včetně projevů bloudění, agresivity, psychotických příznaků a poruch nálady? Ano Ne

Pokud ano, popište je:

.....

.....

.....

- 10) Je u žadatele zjištěn návyk na alkohol, léky či jiné omamné a psychotropní látky?

a. Anamnesticky Ano Ne Kdy:

Na jaké návykové látky:

Podstoupil žadatel v minulosti ústavní odvykací léčbu? Ano Ne

b. V současné době Ano Ne

Na jaké návykové látky:

- 11) Jaké léky související s jeho duševním onemocněním žadatel užívá?

.....

.....

.....

- 12) Jiná sdělení lékaře důležitá pro posouzení žádosti žadatele.

.....

.....

.....

.....

Datum:

Jméno, razítko a podpis lékaře