

INFORMAČNÍ LIST PACIENTA S DEMENCÍ PŘI HOSPITALIZACI

Příloha č. 1

Pacient (jméno)

Adresa pacienta:		
Rodinný příslušník:		
manžel/ka	syn / dcera	jiný příbuzný
adresa:		
telefon:		
S kým pacient bydlí:		
Opatrovník:		
adresa opatrovníka:		
telefon:		
Kontaktovat:	rodin. příslušníka	opatrovníka
kontaktovat při:		
zvýšeném neklidu pacienta	ano / ne	
zavádění ochranných opatření	ano / ne	
chybějící spolupráci při péči	ano / ne	
problémech s podáváním jídla, pití	ano / ne	
ostatní:		
Zájem o kontakt s knězem:	ano / ne	
Odkud pacient přichází:		
domov	sociální služba	jiné
Povolání:		

Tělesný kontakt:		
na tělesný kontakt reaguje dobře	ano / ne	
raději si ponechává odstup	ano / ne	
může prudce zareagovat, pokud...		
Chůze:		
samostatný	doprovod a opora	nechodící
rizika (např. závrať):		
Oční omezení:		
slabé	silné	má brýle
Ušní omezení:		
slabé	silné	má naslouchátko
Porozumění řeči:		
velmi dobře	pouze krátkým otázkám	jen velmi omezeně
vůbec nerozumí slovům	rozumí pouze gestům	
Schopnost řeči je ...		
stále velmi dobrá	dovede sestavit krátké věty	velmi omezená, pouze slova
Mluvení není možné z důvodu ...		
Kognitivní schopnosti:		
krátkodobá paměť	ano / ne	
dlouhodobá paměť	ano / ne	
racionální úsudek	ano / ne	
orientovanost situací	ano / ne	
orientace v prostoru	ano / ne	

Chování v mezních situacích:		
strach při:		
útěkové tendence	ano / ne	
agresivní projevy při:		
Odpočinek a spánek:		
bez problémů	těžké usínání	noční buzení
ano / ne	ano / ne	ano / ne
Zvyklosti, které je třeba při péči zohlednit: (např. ve stresu, při usínání...)		
Jídlo a pití:		
soběstačný	dopomoc	nesoběstačný
rizika (např. zhoršený polykací reflex, nesnášenlivost):		
Hygiena:		
soběstačný	dopomoc	nesoběstačný
rizika (např. citlivá pokožka, alergie):		
Oblékání - svlékání:		
soběstačný	dopomoc	nesoběstačný
Inkontinence:		
žádná	mírná	plná
Pomůcky:		

Při hospitalizaci Vašeho blízkého v nemocnici mu prosím sbalte s sebou: tento vyplněný osobní dotazník, osobní léky na 2-3 dny, základní hygienické potřeby, základní oblečení.

