

**Klient:**

Titul

Meno a Priezvisko :

Dátum narodenia :

Poistovňa / číslo poistenca :

Adresa:

**Kontaktná osoba :**

Titul

Meno a Priezvisko :

Adresa:

Kontakt :

**Obvodný lekár :**

Kontakt :

**ALERGIE :****Riziká :****Diéta :**

Diagnózy :

LIEKY a DÁVKOVANIE :

Plánované kontroly / Termíny :

**ANAMNÉZA :**Orientácia :

- Miesto
- Čas
- Situácia
- Osoby

Pomoc :

- nepotrebuje žiadnu mimoriadnu pomoc
- akceptuje pomoc
- odmieta pomoc
- nepotrebuje pomôcky
- potrebuje pomôcky
- neakceptuje pomôcky

Prekonané stavy a aktuálna situácia :

- Pády / opakované pády
- Infekcie
- Slabosť
- Otrava
- Suicídálne sklony
- Agresívne sklony
- Zranenia / operácie / implantáty
- Alkohol / návykové látky
- Fajčenie

- Ste pravák či ľavák ? Máte nejaké obmedzenia pri používaní horných končatín ?
- Máte nejaké obmedzenia pri používaní dolných končatín ?

➤ **Riziká :**          **\*Alergie**                  **\* Lieky na riedenie krvi**                  **\* Inzulín**

➤ **Bolesti :**          **\* Akútne**    **\* Chronické**

Popíšte :

➤ Pravidelné užívanie liekov (aj gély a masti) od bolesti :

Popíšte :

Alternatívne metódy :

- **Ako vidíte ?**
  - Dobre
  - Potrebujete okuliare nepretržite
  - Potrebujete okuliare na čítanie
  - Používate kontaktné šošovky
  - Máte zrakové obmedzenia vpravo
  - Máte zrakové obmedzenia vľavo
  - Slepota

- Ako počujete ?
  - Dobre
  - Horšie na pravú stranu / hluchota / %
  - Horšie na ľavú stranu / hluchota / %
  - Ušný strojček – na ktorej strane ? / akceptujete túto pomôcku ?
  
- Komunikácia :
  - Prejav je :
    - Zrozumiteľný
    - Spontánny
    - Tichý
    - Hlasný
    - Uvoľnený
    - Priateľský
  
- Pamäť :
  - Veľmi dobrá
  - Dobrá
  - Problém s krátkodobou pamäťou
  - Problém s koncentráciou

Popíšte problém :

- Pochopenie
  - Rozumie požiadavkám okolia
  - Rozumie prirovnaniam
  - Vie vyjadriť svoje želania a potreby

- Dýchanie :
- Dýchanie bez problémov
  - Problém s dýchaním / inhalátor
  - Tracheostoma
  - Odsávanie
  - Kyslík / aký prístroj a dávkovanie

Objavuje sa iba pri záťaži , alebo aj v kľude ? Objavuje sa v určitých hodinách ?

Požiadavky – napríklad otvorené okno.

Popíšte problém :

- Vitálne funkcie – popíšte problém :

- krvný tlak (TK)
- telesná teplota (TT)
- pulz (P)
- dych (D)
- bolesť
- saturácia kyslíka (SpO2 )

- Inkontinencia moču :
  - Áno
  - Nie
  - Občas - nutná pomôcka :
  - Akceptujete pomôcku ?
  - Močový katéter – veľkosť :
  
- Inkontinencia stolice :
  - Nie
  - Občas
  - Áno – odkedy :
  - Stoma

Problém s inkontinenciou a používané pomôcky – cez deň, v noci :

- Stolica :
  - Pravidelná
  - Nepravidelná
  - Zápchy
  - Hnačky

Užívate lieky súvisiace s vylučovaním ? Aké ?

Alternatívne metódy :

➤ Umývanie a obliekanie :

- Ústna hygiena : \* samostatne      \* s pomocou
  
- Zubná protéza : \* áno                      \* nie
  - čiastočná hore      / akceptujete ?
  - čiastočná dole      / akceptujete ?
  - úplná                      / akceptujete ?
  - Používate lepidlo na protézu ?
  - Máte protézu nasadenú aj v noci ?
  - Používate dezinfekčné tabletky na protézu ?
  
- Umývanie :
  - Umývate sa bez pomoci ?
  - Potrebujete čiastočnú pomoc pri umývaní ?
  - Potrebujete úplnú pomoc pri umývaní ?
  
- Sprchovanie :
  - Sprchujete sa bez pomoci ?
  - Potrebujete čiastočnú pomoc pri sprchovaní
  - Potrebujete úplnú pomoc pri sprchovaní
  - Používate vaňu ? Kúpete sa ?

Myslíte aj na činnosti, ako je úprava účesu, pravidelná návšteva kaderníka, či holenie.

Obľúbená kozmetika, medicínske prípravky, aromaterapia, atď... / citlivosť na teplo a chlad

Popíšte druh potrebnej pomoci pri osobnej hygiene a obliekaní :

➤ **Mobilita :**

- Samostatný / ná
- Čiastočná mobilita – s pomôckou
- Imobilita / od kedy
- Viete samostatne vstať z lôžka ?
- Aké pomôcky používate ?
  - Palica
  - Barle
  - Chodítka oporné - bez koliesok
  - Chodítka s kolieskami
  - Invalidný vozík

**Spadli ste v poslednom čase ?**

Kontraktúry, Zlomeniny, Amputácie, Slabosť, Stav po NCP, Parkinson, Medikácia, atď .....

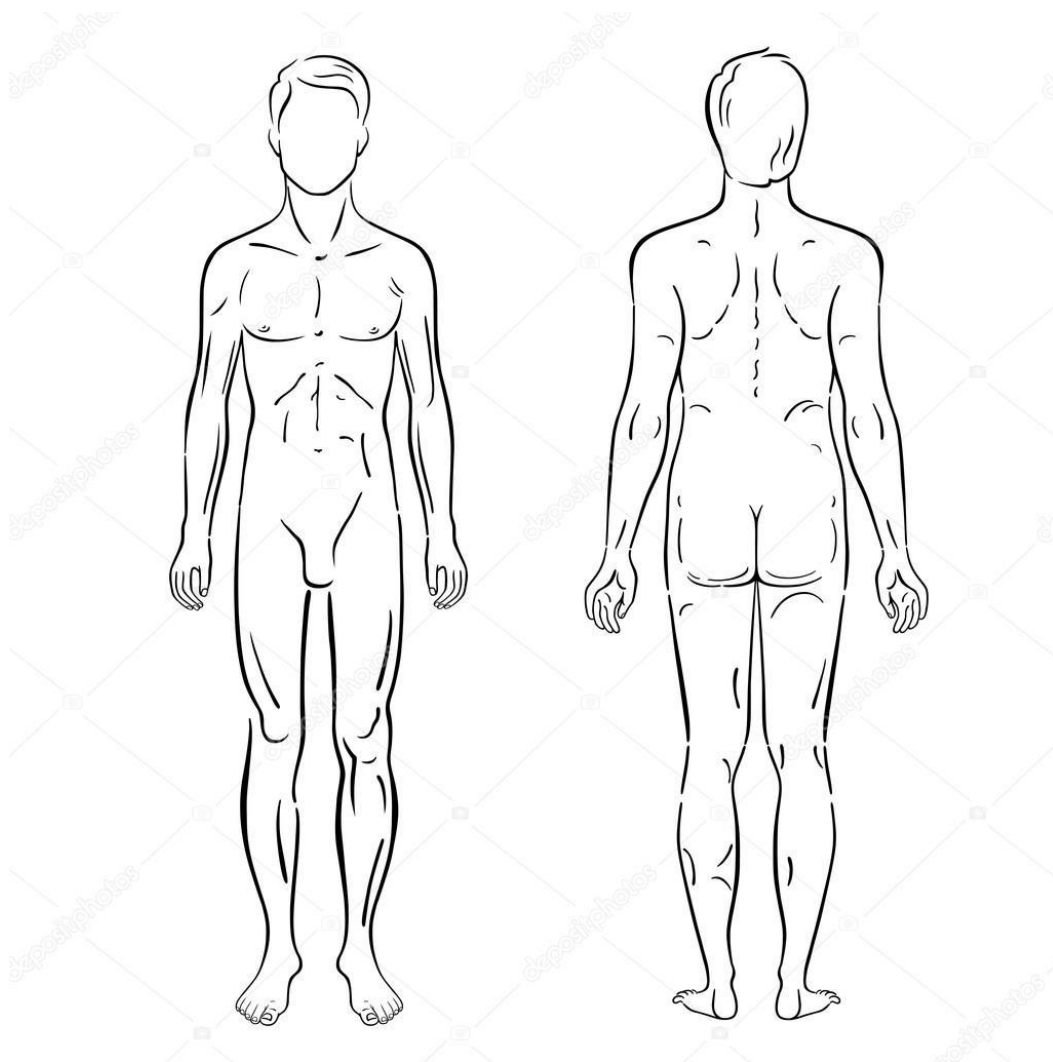
Riziká úrazu z dôvodu aktuálneho, či dlhodobého stavu.

Popíšte aktuálnu situáciu / stav, vrátane poranení a poškodení tela :

Potreba polohovania :



Označte X a poradovým číslom, kde je zmena – popíšte vonkajšiu zmenu  
( napr. 1. dekubitus II stupňa, 2. jazva po operácii, atď ...)



## ➤ Voľný čas :

- Televízia / obľúbený program / herci
- Rádio / obľúbená stanica
- Osobné záujmy / realizovateľné
- Ste radi v spoločnosti ?
- Ste veriaci ? / Vyznanie
- Ste spokojný / á so svojou situáciou ?
- Máte obľúbené rituály ?
- Kto vás navštevuje ? / obľúbené návštevy
- Chodíte si v priebehu dňa odpočinúť ?

## ➤ Sexualita / rola muža – ženy / rola v rodine :

Máte nejaké špeciálne požiadavky ?

Ďakujem za trpezlivosť

V:

Vyplnil :

Dátum:

Klient / rodinný príslušník :