



WWW.MOSTYPOMOCI.SK

# MODRÁ SKRINKA

Opatrovanie v domácnosti

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poistovňa:

Kontakt:

**Kontaktná osoba č. 1:**

Meno a priezvisko:

Tel. číslo a email:

Vzťah k opatrovanej osobe:

**Kontaktná osoba č. 2:**

Meno a priezvisko:

Tel. číslo a email:

Vzťah k opatrovanej osobe:



KOMORA  
OPATROVATELIEK  
SLOVENSKA

### **MODRÁ SKRINKA ako dokumentácia a procesný nástroj:**

Obsahuje súbor najdôležitejších informácií o opatrovanej osobe a jej zdravotnom stave.

### **MODRÁ SKRINKA ako nástroj prvej pomoci:**

Obsahuje kontakty núdzových liniek, lekárničku, kópiu kartičky poistenca, peňažný denník, kalendár

**Nájdite miesto, kde v domácnosti bude Modrá skrinka umiestnená a povedzte o nej ostatným členom domácnosti.**

### **Obsah brožúry:**

1. Núdzový plán
2. Denný plán
3. Opatrovateľský plán
4. Životopis opatrovanej osoby a stravovanie
5. Anamnéza
6. Správa pre externé zariadenie

### **Návod na používanie Modrej skrinky:**

1. Vyplňte na úvodnej strane údaje o opatrovanej osobe
  2. Vyplňte údaje v Núdzovom pláne, taktiež, kde sa nachádzajú poistky, či uzáver plynu a vody
  3. Vyplňte osobnú dokumentáciu (anamnéza, životopis, stravovanie). Farebnými pásikmi si označte strany s dôležitými údajmi
- ✓ Zaobstarajte si lekárničku (minimálne autolekárničku)
  - ✓ Spravte si kópiu kartičky poistenca
  - ✓ Pripravte si kalendár na termíny a denné záznamy
  - ✓ Ak sú Vám zverené financie, vytvorte si peňažný denník podľa nasledujúceho vzoru:

Poradové číslo položky	Dátum	Položka	Príjem	Výdavok	Zostatok	Podpis
------------------------	-------	---------	--------	---------	----------	--------

- ✓ Na základe vyplnenej anamnézy zhrňte problémy, riziká a popíšte opatrenia
- ✓ Vytvorte dokumentáciu zdravotného stavu. Môžete ju zapisovať napr. do kalendára. Ak si to zdravotný stav opatrovanej osoby vyžaduje, zapisujte krvný tlak, glykémiu, hmotnosť, stolicu, pitný režim, atď.
- ✓ Ak je potrebná prítomnosť opatrovateľky/opatrovateľa, vytvorte denný rozvrh v ich prítomnosti
- ✓ Vyplňte nemenné údaje hlavičky správy pre externé zariadenie

Odporúčame účasť na prednáškach - ponuka na webovej stránke [www.mostypomoci.sk](http://www.mostypomoci.sk):

- Návod ako pracovať s Modrou skrinkou
- Komunikácia a Validácia
- Bazálna stimulácia
- Imobilizačný syndróm
- Ergonómia a kinestetika

# KLÚČOVÉ TELEFÓNNE ČÍSLA PRE POMOC



## TIESŇOVÉ LINKY (Bezplatné, Nonstop)

# 112

UNIVERZÁLNA  
POMOC / EUROČÍSLO



- Vážne nehody, viaceré zložky, neistota

# 155

ZDRAVOTNÁ  
ZÁCHRANNÁ SLUŽBA



- Náhly stav, úraz, bolesť na hrudi, prvá pomoc

# 150

HASIČI /  
POŽIARNA OCHRANA



- Požiar, dopravná nehoda, technický zásah

# 158

POLÍCIA /  
VEREJNÝ PORIADOK



- Trestný čin, lúpež, vážne porušenie poriadku

## ŠPECIÁLNE LINKY POMOCI

# 159

MESTSKÁ  
POLÍCIA



- Poriadok v meste, parkovanie, ruch, zvieratá

# 116 117

ZDRAVOTNÉ  
PORADENSTVO



- Neakútne stavy, konzultácia, rady, informácie, APS

## SENIORSKÁ A SOCIÁLNA POMOC

# 0800

# 172

# 500

SENIOR LINKA  
(Fórum pre pomoc starším)



- Osamelosť, poradenstvo, ochrana, sociálne služby

 SILVERGON



## SILVERGON careplan

VŠETKO, ČO POTREBUJETE PRE STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV NA JEDNOM MIESTE.

Informácie, rady a nástroje na koordinovanie a zapojenie celej rodiny a priateľov. Moderné riešenie pre efektívne riadenie starostlivostí o vašich blízkych v aplikácii SILVERGON careplan.

Odporúčame zoznámiť sa s **mobilnou aplikáciou SILVERGON CAREPLAN BOL VYTVORENÝ NA ZÁKLADE MODREJ SKRINKY**

# NÚDZOVÝ PLÁN

### Inžinierske siete:

PLYN – HLAVNÝ UZÁVER sa nachádza:

PORUCHOVÁ SLUŽBA PLYN:

VODA – HLAVNÝ UZÁVER sa nachádza:

PORUCHOVÁ SLUŽBA VODA:

ELEKTRINA – HLAVNÝ ISTIČ sa nachádza:

POISTKY sa nachádzajú:

PORUCHOVÁ SLUŽBA ELEKTRINA:

RODINNÍ PRÍSLUŠNÍCI, KONTAKT:

INFORMOVAŤ – V PRÍPADE ZHORŠENÉHO ZDRAVOTNÉHO STAVU ČI INEJ MIMORIADNEJ  
UDALOSTI:

POZNÁMKA:





Dátum	Problém	Riziko	Opatrenie

Dátum	Problém	Riziko	Opatrenie



Dátum	Problém	Riziko	Opatrenie

### Čo je dobré vedieť o opatrovanej osobe, životopis

- Ako Vás mám oslovovať?
- Súhlasíte s tým, aby boli príbuzní prítomní pri intímnej časti opatrovania (kúpanie, intímna hygiena)?  
Ak áno, kto áno a kto nie?
- Kde ste sa narodili?
- Kde ste vyrastali?
- Kde ste žili počas zrelého veku?
- Ako ste vtedy žili? (sociálna situácia, mesto, obec...)
- Rodičia
- Súrodenci
- Vierovyznanie a akú úlohu hrá vo Vašom živote
- Vzdelanie
- Zamestnanie/spokojnosť so zamestnaním
- Rodinný stav (partner, vdova...)
- Deti/vnúčatá/pravnúčatá
- Máte nejaké hobby?
- Činnosti, na ktorých sa aktívne podieľate (združenia, politika, kostol...)
- Aký typ človeka ste? (rodinný, športovec, aktívny...)
- Hrá vo Vašom živote viera veľkú úlohu?
- Najkrajšie zážitky
- Zlé časy, bolestivé zážitky
- Aké sny by ste si chceli splniť?

**Čo je dobré vedieť o opatrovanej osobe, stravovanie**

- Máte nejakú alergiu/intoleranciu na jedlo?
- Kedy obvykle raňajkujete? Čo, množstvo, čo na pitie...
- Kedy obvykle obedujete? Aké je Vaše obľúbené jedlo?
- Desiata/olovrant
- Kedy obvykle večeriate? (druhá večera?)
- Čo vôbec nejedávate?
- Aké bolo Vaše obľúbené jedlo počas detstva?
- Čo pijete? Koľko denne – doobeda, poobede, večer
- Máte diétu? Akú? Dodržiavate ju?
- Formy stravy:
  - ❖ Pevná
  - ❖ Mixovaná
- Pomoc pri podávaní stravy
  - ❖ Je príborom
  - ❖ Je lyžicou – potrebné upraviť stravu na veľkosť sústa
  - ❖ Potrebná kompletná pomoc pri podávaní stravy
- Máte chuť na jedlo a pitie? Je Vás potrebné ponúkať?
  - ❖ Výška:
  - ❖ Váha:
  - ❖ BMI:

Opatrovaná osoba:

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, 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
- suicidálne sklony
- agresívne sklony
- zranenia/operácie/implantáty
- alkohol/návykové litky
- 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) proti 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/ %
- ❖ načúvací strojček – na ktorej strane? Nosíte túto pomôcku?

➤ **Komunikácia:**

Prejav je:

- ❖ zrozumiteľný
- ❖ spontánny
- ❖ tichý
- ❖ hlasný
- ❖ uvoľnený
- ❖ priateľský

➤ **Pamäť:**

- ❖ veľmi dobrá
- ❖ dobrá
- ❖ problém s krátkodobou pamäťou
- ❖ problém s koncentráciou

Popíšte problém:

➤ **Porozumenie a vyjadrovanie:**

- ❖ rozumie požiadavkám okolia
- ❖ rozumie porovnaniam
- ❖ 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?

Špeciálne 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:
- ❖ používate 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
- ❖ hnačka

Užívate lieky súvisiace s vylučovaním? Aké?

Alternatívne metódy:

➤ **Umývanie a obliekanie**

- |                  |   |             |
|------------------|---|-------------|
| ❖ ústna hygiena  | * samostatne  | * s pomocou |
| ❖ zubná protéza  | * áno   | * nie       |
|                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• čiastočná hore / nosíte?</li><li>• čiastočná dole / nosíte?</li><li>• úplná / nosíte?</li><li>• používate lepidlo na protézu?</li><li>• máte protézu nasadenú aj v noci?</li><li>• používate dezinfekčné tabletky na protézu?</li></ul> |             |
| ❖ umývanie tela: | <ul style="list-style-type: none"><li>• umývate sa bez pomoci?</li><li>• potrebujete čiastočnú pomoc pri umývaní?</li><li>• potrebujete úplnú pomoc pri umývaní?</li></ul>  |             |
| ❖ sprchovanie:   | <ul style="list-style-type: none"><li>• sprchujete sa bez pomoci?</li><li>• potrebujete čiastočnú pomoc pri sprchovaní?</li><li>• potrebujete úplnú pomoc pri sprchovaní?</li><li>• používate vaňu – kúpete sa?</li></ul>   |             |

Myslite aj na činnosti, ako je úprava účesu, pravidelná návšteva kaderníka, či holenie, obľúbená kozmetika, medicínske prípravky, aromaterapia, citlivosť na teplo a chlad.

Popíšte druh potrebnej pomoci pri osobnej hygiene a obliekaní:

➤ **Mobilita:**

- ❖ samostatný/á
- ❖ čiastočná mobilita – s pomôckou
- ❖ imobilita/odkedy
- ❖ 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 náhlej cievnej príhode, Parkinsonova choroba, medikácia, atď.

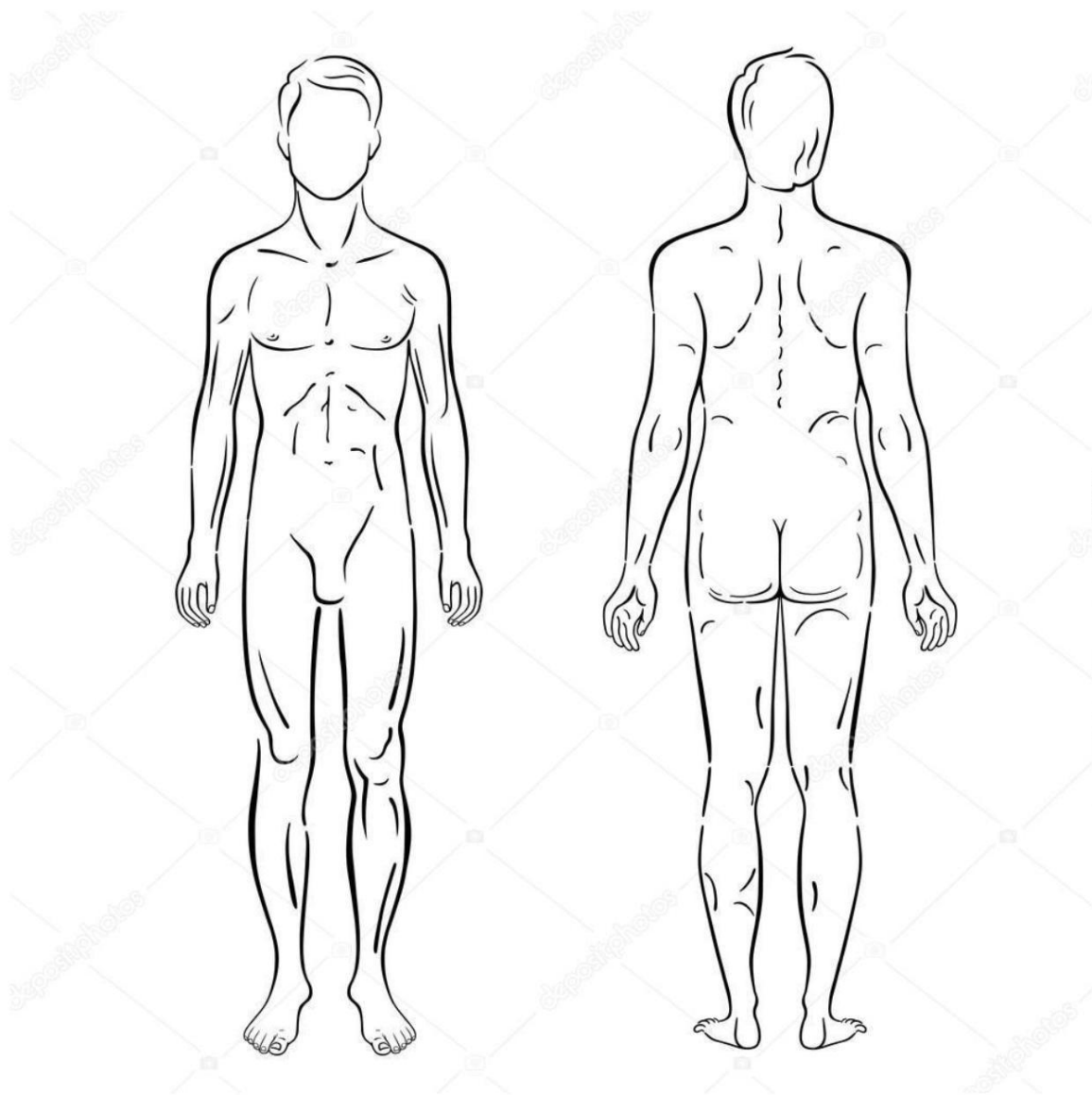
Riziká úrazu z dôvodu aktuálneho či dlhodobého stavu.

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

Potreba polohovania:

Označte symbolom X a poradovým číslom, kde je zmena. Popíšte.

(napr. 1. dekubitus II. stupňa, 2. jazva po operácii, atď.)



➤ **Voľný čas:**

- ❖ Televízia/oblíbený program/herci
- ❖ Rádio, oblíbená stanica
- ❖ Osobné záujmy/realizovateľné
- ❖ Ste radi v spoločnosti?
- ❖ Ste spokojný/á so svojou situáciou?
- ❖ Máte oblíbené rituály?
- ❖ Kto Vás navštevuje?
- ❖ Kto sú Vaše oblíbené návštevy?
- ❖ Chodíte si v priebehu dňa odpočinúť?

➤ **Sexualita/rola muža a ženy/rola v rodine:**

**Máte nejaké špeciálne požiadavky?**

V:

Vyplnil/a:

Dátum:

Opatrovaná osoba/rodinný príslušník:

**Opatrovaná osoba:**

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poistovňa/číslo poistenca:

Adresa:

**Kontaktná osoba:**

Titul:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Kontakt:

Obvodný lekár:

Kontakt:

**ALERGIE:**

Riziká:

Diéta:

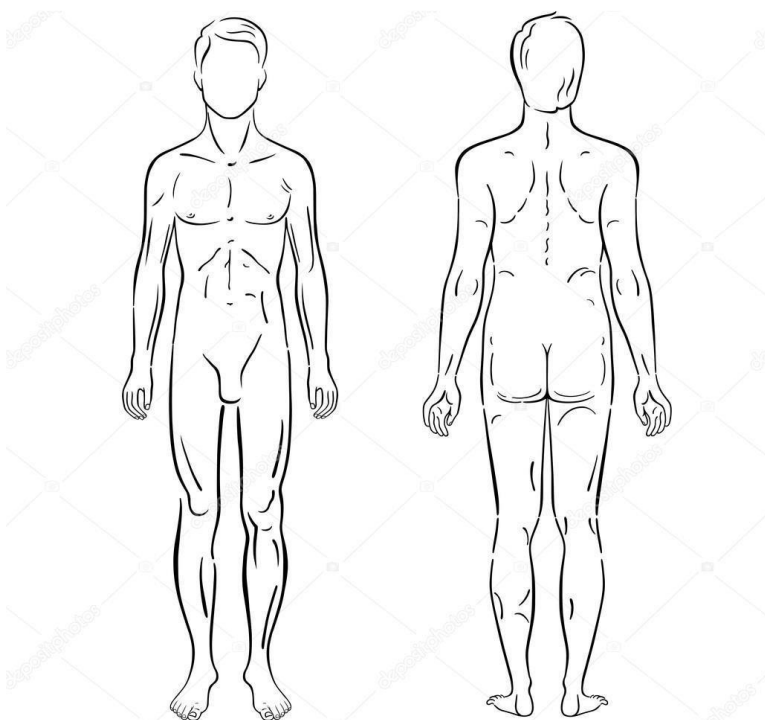
**DIAGNÓZY:**

**LIEKY, DÁVKOVANIE:**

**PLÁNOVANÉ KONTROLY,  
TERMÍNY:**

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O <sub>2</sub> :		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		



Poranenia/zmeny:

Mobilita:

**Správa pre externé zariadenie**

nemocnica/lekár

**Opatrovaná osoba:**

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, DÁVKOVANIE:**

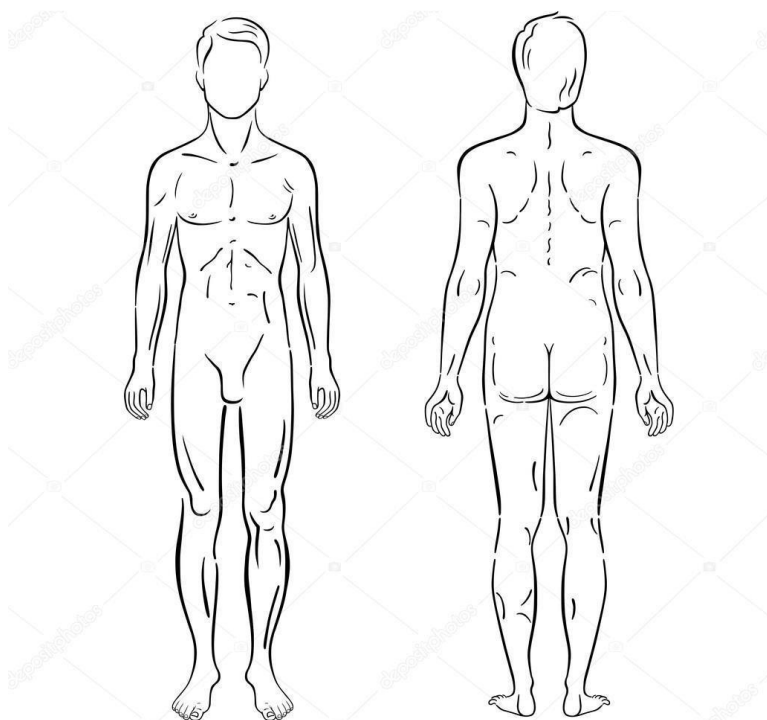
**PLÁNOVANÉ KONTROLY,  
TERMÍNY:**

**Správa pre externé zariadenie**

nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O <sub>2</sub> :		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		


Poranenia/zmeny:

Mobilita:

**Opatrovaná osoba:**

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, DÁVKOVANIE:**

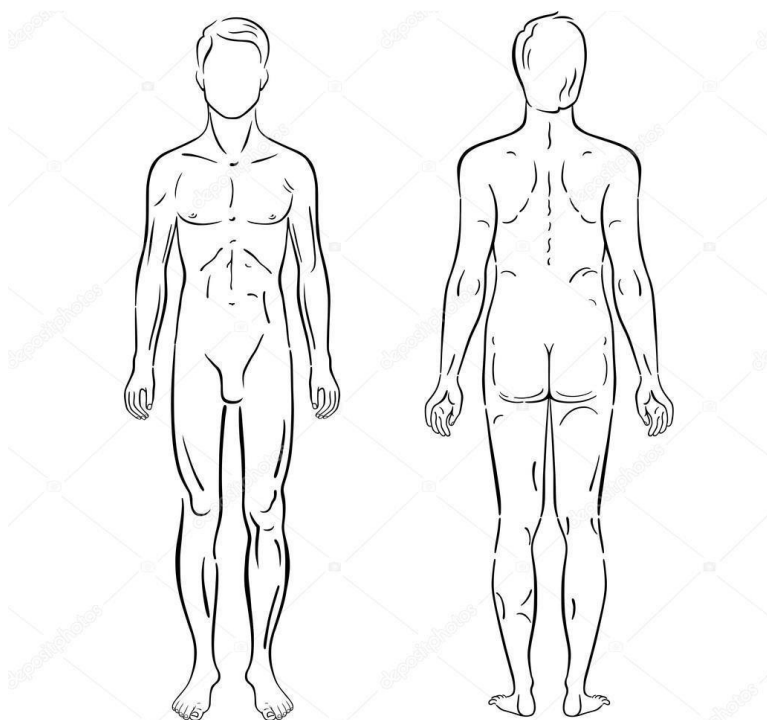
**PLÁNOVANÉ KONTROLY,  
TERMÍNY:**

**Správa pre externé zariadenie**

nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O <sub>2</sub> :		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		


Poranenia/zmeny:

Mobilita:

**Opatrovaná osoba:**

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, DÁVKOVANIE:**

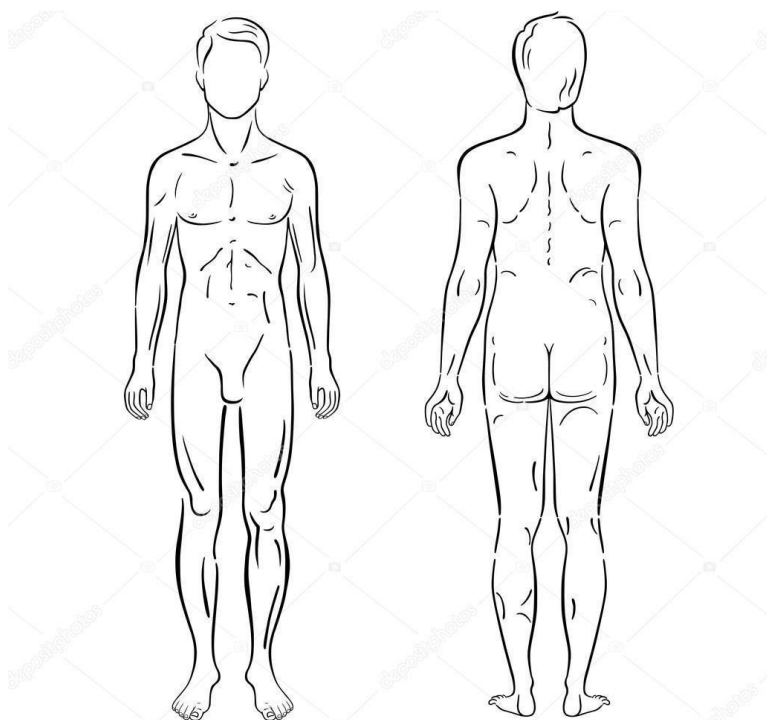
**PLÁNOVANÉ KONTROLY,  
TERMÍNY:**

**Správa pre externé zariadenie**

nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O <sub>2</sub> :		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		


Poranenia/zmeny:

Mobilita:

**Opatrovaná osoba:**

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, DÁVKOVANIE:**

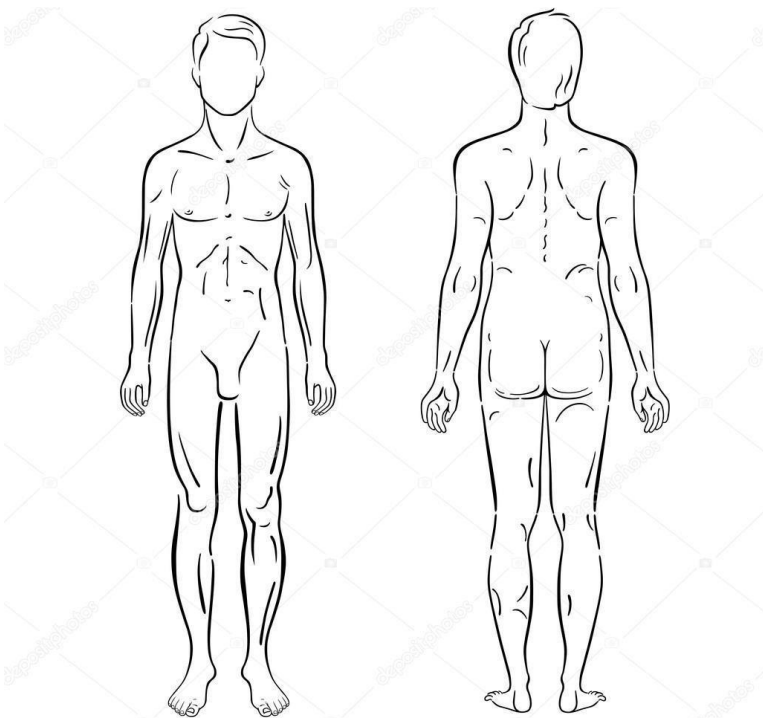
**PLÁNOVANÉ KONTROLY,  
TERMÍNY:**

**Správa pre externé zariadenie**

nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O <sub>2</sub> :		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		


Poranenia/zmeny:

Mobilita: