

Informovaný souhlas pacienta, popř. jeho rodinných příslušníků, s poskytováním domácí paliativní péče.

(PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DO MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE - dále MSPP)

Poskytovatel od(den, měsíc, rok)
poskytuje pacientovi (rodné číslo pacienta) : domácí paliativní péči
dle jeho individuálních potřeb s dostupností 24 hodin denně.

V rámci této péče poskytuje Poskytovatel pacientovi veškeré hrazené zdravotní služby lékaře i zdravotní sestry, vč. jejich přepravy a zároveň poskytuje pacientovi všechny potřebné léčivé přípravky a spotřebovaný materiál hrazený z veřejného zdravotního pojištění, event. přístroje, což znamená, že Poskytovatel přebírá veškerou péči registrujícího praktického lékaře i ambulantních specialistů.

Pacient souhlasí s organizací péče MSPP i distanční komunikací (telefonicky, e-mailem nebo jinými elektronickými prostředky) o zdravotním stavu : ANO - NE

V.....dne.....

V.....dne.....

.....
Za Poskytovatele
titul, jméno a příjmení funkce

.....
Pacient
(Podpis pacienta je vyžadován pouze v případech, že to jeho zdravotní stav dovoluje.)
titul, jméno a příjmení

.....
Osoba, která pečuje o pacienta
titul, jméno a příjmení

.....
Osoba, která pečuje o pacienta
titul, jméno a příjmení

Vážená paní, vážený pane,

člověk má právo rozhodovat o sobě, a to i v tak citlivých záležitostech, jako je jeho vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, musí být dostatečně informován. Proto se na Vás obracíme s následujícími informacemi.

Čím více toho o nemocném člověku víme, tím více pro něj můžeme udělat. Žádáme Vás proto, abyste vyplnili informace v Žádosti o přijetí. Její součástí je tento písemný, svobodný a informovaný souhlas pacienta.

- **Svobodný** - znamená, že si sám nemocný hospicovou péčí přeje.
- **Informovaný** - znamená, že nemocný ví, co je paliativní péče a co mu může nabídnout.

Naše péče je založena na úctě k životu a respektu k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Lékařská věda nemá moc všechny nemoci vyléčit, ale má možnost ulevit a člověku pomoci. Pokud Vás lékař informoval, že další radikální léčba by pro Vás byla jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků a život prodloužit nemůže, pak je namístě léčba paliativní.

Paliativní péče usiluje o to, aby nemocný:

-netrpěl nesnesitelnou bolestí – pacient ovlivňuje průběh léčby bolesti

-pocítoval respekt k lidské důstojnosti – prostředí je maximálně přizpůsobeno pacientovu přání.

Lékaři v paliativní péči se zaměřují na kvalitu života nemocného na jeho konci. Uvážlivě je odstupováno od všech léčebných zákroků a postupů, které kvalitu života nemocného nezlepšují nebo ji dokonce mohou zhoršovat.

Váš souhlas s péčí mobilní specializované paliativní péče můžete kdykoliv odvolat. Rádi Vám předem zodpovíme další otázky.

Vypisuje pacient/pečující

Informace o kontaktní osobě a pobytu pacienta

Jméno a příjmení:

Telefon

Email:

Vztah k pacientovi:

Adresa kde bude péče probíhat:

Kdo bude hlavním pečujícím:

Kontakt hlavního pečujícího:

Adresa na hlavního pečujícího:

Informace o pacientovi

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Podmínky přijetí

do mobilní specializované paliativní péče

- pokročilé nebo terminální stádium nevyléčitelného onemocnění
- doporučení praktického lékaře (anebo jiného ošetřujícího lékaře) k poskytování mobilní specializované paliativní péče v této žádosti
- zajištění celodenní péče o nemocného v domácím prostředí
- bydliště na území, kde péči zajišťujeme - viz.mapka
- schválení žádosti lékařem hospicové péče

Vypisuje odesílající lékař

Jméno ošetřujícího lékaře (název nemocnice a oddělení):

Kontakt:

Poznámky z propouštěcí zprávy (prosíme přiložit překladovou nebo propouštěcí zprávu):

Jméno praktického lékaře:

Kontakt:

Informace o zdravotním stavu pacienta

Diagnóza:

Je pacient o své nemoci a prognóze informován, popřípadě jak tomu rozumí:

Funkční stav pacienta: (pozn. chodící, chodící s obtížemi na krátkou vzdálenost, ležící; komunikující adekvátně, zmatený, spavý, neprobudný):

Příznaky/symptomová zátěž (akutní potíže, intenzita potíží, vývoj potíží v čase):

Podávané léky (příp.prosíme přiložit rozpis medikace):

Zajištění zdravotnickými a kompenzačními pomůckami (pozn.kyslíkový generátor, odsávačka, lineární dávkovač):

Datum a místo:

Razítko a podpis lékaře: