

MÍRA ZÁVISLOSTI NA POMOCI JINÉ OSOBY

Pobytová odlehčovací služba

Příjmení a jméno

Datum narození výška váha

MOBILITA (POHYB) - zakřížkujte

Vstane sám/a		ANO		NE	
Sedne si sám/a		ANO		NE	
Chodí po schodech		ANO		NE	
Chodí sám/a (alespoň 200 m)		ANO		NE	
K pohybu používá		berle		chodítko	vozik
Trvale upoután/a na lůžko		ANO		NE	
Polohuje se sám/a		ANO		NE	s pomocí

KOMUNIKACE

Schopen/schopna si přivolat pomoc		NE		ANO	
Schopen/schopna srozumitelně mluvit		NE		ANO	
Chápe obsah sdělovaných zpráv		NE		ANO	
Využívá alternativní komunikaci		NE		ANO	jakou?
Vada řeči		NE		ANO	jaká?
Vada sluchu		NE		ANO	jaká?
Vada zraku		NE		ANO	jaká?

OSOBNÍ AKTIVITY

Navazuje sociální kontakty		NE		ANO	
Je zvyklý/á na kolektiv vrstevníků		NE		ANO	
Navštěvuje předškolní/školní zařízení nebo stacionář?		NE		ANO	jaké?
Oblíbené aktivity					

OBLÉKÁNÍ A OBOUVÁNÍ

Obleče/obuje se sám/a		NE		ANO
Svlékne/vyzuje se sám/a		NE		ANO

STRAVOVÁNÍ

Nají se sám/a		NE		ANO			
Napije se sám/a		NE		ANO			
PEG		NE		ANO			
Enterální pumpa		NE		ANO			
Konzistence stravy		celá		malé kousky		mletá	mixovaná
Dieta		NE		ANO	jaká?		
Jiná specifika							

TĚLESNÁ HYGIENA

Malá		ANO		s pomocí		NE
Velká		ANO		s pomocí		NE

VÝKON FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

Použití toalety		ANO		NE		s pomocí
Inkontinence		ANO		NE		s pomocí
WC křeslo		ANO		Katetr		Stomie
Signalizuje potřebu		ANO		NE		

DALŠÍ OBTÍŽE

Bolest		NE		ANO
Dušnost		NE		ANO
Nevolnost, zvracení		NE		ANO
Slabost, únava		NE		ANO
Deprese, úzkosti		NE		ANO
Jiné psychické obtíže		NE		ANO
Kožní defekty		NE		ANO
Sebepoškozování		NE		ANO
Agresivní projevy		NE		ANO
Přehnaná citlivost		NE		ANO
Strach		NE		ANO
Fobie		NE		ANO
Jiné				

RODINNÉ A SOCIÁLNÍ VAZBY

.....

.....

.....

.....

.....

Kdo vám pomáhá s péčí?

.....

.....

BYTOVÉ PODMÍNKY

.....

.....

.....

.....

.....

JAKÉ DALŠÍ ORGANIZACE VYUŽÍVÁTE?

.....

.....

.....

POBÍRÁTE NĚJAKÉ PŘÍSPĚVKY OD NADACÍ? JAKÝCH?

- od nadací? Jakých?

.....

.....

.....

- dávky státní sociální podpory? Jaké?

.....

.....

.....

