

2.5. PSIHIČKO STANJE OSOBE

Orjentiranost u prostoru i vremenu

- A) Potpuno orjentirana B) Djelomično orjentirana C) Neorjentirana

Agresivnost

- A) DA B) NE

Ako je odgovor pod „DA“, navesti je li fizička ili verbalna

2.6. OSOBA BOLUJE ILI JE BOLOVALA OD ZARAZNE BOLESTI

- A) DA B) NE

Ako je odgovor „DA“, navesti koje (npr. TBC (kliconoša), Hepatitis B ili C (+antitijela, neke druge) i je li izliječena/na liječenju

Liječio/la se od bolničke infekcije

- A) DA B) NE

Ako je odgovor „DA“, navesti koje i kada

2.7. OSOBA JE

A) Pokretna (funkcionalno neovisna)

B) Teže pokretna (djelomično ovisna), uz pomagala, koja? _____

C) Nepokretna: u potpunosti, moguće je kretanje isključivo uz pomoć kolica (funkcionalno ovisna)

Podvući

D) Dementna funkcionalno ovisna zbog Alzheimerove demencije ili drugih demencija

Demencija

- A) DA B) NE

Ako je odgovor „DA“, navesti koja i koji stadij: početni, srednje teški, uznapredovali

Alzheimerova demencija

- A) DA B) NE

NAPOMENA: *zaokružiti odgovarajuće! Moguća je i kombinacija nekoliko navedenih stanja!*

2.8. OSOBA JE

A) Kontinentna B) Inkontinentna

Ako je odgovor pod „B“, navesti koja pomagala za inkontinenciju koristi

2.9. OSOBA JE LIJEČENA I OVISNA OD

A) Alkoholizam B) Nikotin C) Lijekovi D) Ostalo _____

2.10. POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE POTREBNA JE KOD

A) Održavanja osobne higijene (umivanje, kupanje i sl.) B) Oblačenja
C) Hranjenja D) Kretanja F) Uzimanja terapije G) Ostalog _____
H) Nije potrebna

NAPOMENA: *Zaokružiti*

2.11. POSEBNA MEDICINSKA POMOĆ JE POTREBNA

A) DA B) NE

Ako je odgovor „DA“, navesti koja

2.12. OŠTEĆENJA

A) vida B) sluha C) govora D) _____

invalidnost _____, E) mentalno oštećenje _____

F) Alzheimer ili drugi oblik demencije _____ oštećenje:

1. pamćenja, 2. mišljenja, 3. orijentacije, 4. rasuđivanja, 5. govora, 6. nemogućnost izvođenja smislenih radnji, 7. nemir, 8. nesаница, 9. halucinacije, 10. lutanje, 11. agresivnost, 12. drugo _____

2.13. DIJETNA ILI DRUGA POSEBNA PREHRANA JE POTREBNA

A) DA B) NE

Ako je odgovor „DA“, navesti kakva

2.14. LIJEKOVI KOJE KORISTI

Potreba za posebnom kontrolom i nadzorom korisnika

- a) Potrebna mu je stalna kontrola i nadzor
- b) Povremeno mu je potrebna kontrola i nadzor
- c) Nije potrebna posebna kontrola i nadzor.

Potrebne kontrole u narednu godinu dana _____

3. RAZLOZI SMJEŠTAJA I OSTALE NAPOMENE

Posljednja pisana potvrda za program inkontinencije ili potvrda za pomagala za diabetes i druge bitne napomene:

4. PODACI O IZABRANOM LIJEČNIKU OBITELJSKE (OPĆE) MEDICINE KOJI IZDAJE POTVRDU

Ime i prezime _____

Adresa ordinacije _____

Telefon/gsm/fax/ _____

E-pošta _____

Mjesto i datum _____

POTPIS I PEČAT LIJEČNIKA