

MONITORING ČINNOSTÍ KLIENTA

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Rok narození:

Kontaktní osoba:

1) Sebeobsluha:

a. Ráno – popis

b. Ranní toaleta – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
provede s pomocí	ANO	NE
neprovede	ANO	
- zubní náhrada	ANO	NE
horní - spodní		
péče o zubní náhradu	SÁM/A	NE
- vlastní zuby		
- bez zubů		
- další důležité informace		

c. Oblékání – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
provede s pomocí	ANO	NE
neprovede	ANO	

d. Sprchování – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
provede s pomocí	ANO	NE
- Popis – kdy?		
- Kolikrát v týdnu?		

e. Péče o vlasy – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
provede s pomocí	ANO	NE
mytí hlavy jak často?		
zajištění péče kadeřníka	ANO	NE
barvení v zařízení	ANO	NE
stříhání v zařízení	ANO	NE

f. Péče o vousy – provede žadatel sám	ANO	NE
holící strojek elektrický - mechanický		

g. Stravování – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
Jí příborem - lžící		
Jí s pomocí - zcela krmen/a		
- konzistence: celé - nakrájené - mleté		
- dieta: č.2 šetřící č.3 normální 4.žlučnicková č.9 - diabetická jiná –		
- alergie:		
- žadatel/ka nemá rád/a:		
<hr/>		
h. Pití nápojů – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
provede s pomocí – brčkem - jiný typ láhve - jiným způsobem:		
kolik tekutin denně běžně vypije?		
<hr/>		
i. Lokomoce – žadatel/ka se pohybuje sám/a	ANO	NE
pohybuje se s pomocí	ANO	NE
- jakou: berle - FH - chodítka		
zcela nepohyblivý	ANO	
vstane sám/a	ANO	NE
usedne sám/a	ANO	NE
<hr/>		
j. Spánek – po obědě	ANO	NE
večer – usíná bez problémů	ANO	NE
co žadateli vadí při usínání:		
používá léky na spaní:	ANO	
v noci se budí	ANO	NE
důvod:		
<hr/>		
k. Vyměšování – ve dne: zvládá sám/a	ANO	NE
s pomocí	ANO	NE
inkontinentní – používá		
v noci: zvládá sám/a	ANO	NE
s pomocí	ANO	NE
inkontinentní – používá		
- stolice: dohled nad vyprazdňováním	ANO	NE

2) Odborní lékaři, zdravotní upozornění

3) Anamnéza žadatele

- a. Oslovování -
- b. Dřívější povolání –

c. Záliby, koníčky –

d. Rodina, přátelé (jména rodičů? Děti? Sourozenců?)

e. Zvyky – kadeřnice, holič

pedikúra

káva – na jaký způsob, jak často:

čaj – na jaký způsob, jak často:

jakou upřednostňuje chuť:

další:

f. Orientace – místem (ví, kde je; zná město;)

ANO **OBČAS** **NE**

časem (zná datum; nepřehazuje data minulých událostí)

ANO **OBČAS** **NE**

osobou (ví kdo je;)

ANO **OBČAS** **NE**

- další informace:

g. V případě úmrtí – volat ihned kontaktní osobu (i v noci)

ANO **NE**

volat tuto pohřební službu:

žadatel/ka je členem Spolku přátel žehu

ANO **NE**

4) Senzobiografie: (důležité je uvádět, jak tomu bylo i v minulosti)

a) somatické vnímání – Jaký je stav pokožky?

Jaké toaletní potřeby používá?

Je zvyklý/á na tělesný kontakt?

b) optické vnímání – Používá brýle, kontaktní čočky?

c) auditivní vnímání – Poslouchá rád rádio?

Má oblíbenou píseň?

Sluch je dobrý - zhoršený - velmi špatný?

Používá naslouchátko?

Umí je sám/a ovládat?

5) Komunikace:

6) Další důležité informace:

Datum sepsání:

Podpis osoby, která dokument sepsala: