



Karta potřeb žadatele Domovinka Remedia

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Rok narození:

Kontaktní osoba:

ZÁKLADNÍ DIAGNÓZA:

--

1) OSOBNÍ HYGIENA

Denní hygiena:

Provede žadatel/ka sám/a

ANO NE

Provede s pomocí

ANO NE

Zubní náhrada

spodní

horní

Péče o zubní náhradu sám/a

ANO NE

Vlastní zuby

ANO NE

Bez zubů

ANO NE

Somatické vnímání:

Jaký je stav pokožky?

Jaké toaletní potřeby používá?

Je zvyklý/á na tělesný kontakt?

ANO NE

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

Mytí a koupání:

Provede žadatel/ka sám/a

ANO NE

Provede s pomocí

ANO NE

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

Péče o vlasy:

Provede žadatel/ka sám/a

ANO NE

Provede s pomocí

ANO NE

Mytí hlavy jak často?

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

Péče o vousy:

Provede žadatel/ka sám/a

ANO NE

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

Péče o uši:

Provede žadatel/ka sám/a

ANO NE

Sluch je:

dobrý

zhoršený

velmi špatný

Používá naslouchátko?

ANO NE

Umí je sám/a ovládat?

ANO NE

Péče o oči: Provede žadatel/ka sám/a ANO NE
Používá brýle, kontaktní čočky? ANO NE
 na dálku na čtení
Nasadí si brýle sama/a? ANO NE

Rizika: _____

Pomůcky: _____

Způsob podpory: _____

Výkon fyziologické potřeby:

Ve dne: Zvládá sám/a ANO NE
S pomocí ANO NE
inkontinentní ANO NE
V noci: Zvládá sám/a ANO NE
S pomocí ANO NE
inkontinentní ANO NE
Stolice: Dohled nad vyprazdňováním ANO NE

Rizika: _____

Pomůcky: _____

Způsob podpory: _____

2) ZVLÁDÁNÍ BĚŽNÝCH ÚKONŮ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU

Oblékání/svlékání: Provede žadatel/ka sám/a ANO NE
Provede s pomocí ANO NE
Obouvání/zouvání Provede žadatel/ka sám/a ANO NE
Provede s pomocí ANO NE
Volba vhodného oblečení a obuvi s ohledem na počasí a příležitost
Provede žadatel/ka sám/a ANO NE
Provede s pomocí ANO NE

Rizika: _____

Pomůcky: _____

Způsob podpory: _____

3) SAMOSTATNÝ POHYB

Ve vnitřním prostoru: žadatel/ka se pohybuje sám/a ANO NE
pohybuje se s pomocí ANO NE
 osoba berle FH chodítka
zcela nepohyblivá/ý ANO NE
vstane sám/a ANO NE
usedne sám/a ANO NE
Ve vnějším prostoru: žadatel/ka se pohybuje sám/a ANO NE
pohybuje se s pomocí ANO NE
 osoba berle FH chodítka
Stání a sezení: ustojí neustojí

Polohovací nebo fixační pomůcky:

S předměty denní potřeby - žadatel/ka manipuluje sám/a ANO NE
Spánek – po obědě ANO NE

Rizika: _____

Pomůcky:

Způsob podpory:

Péče v noci: Večer – usíná bez problémů: ANO NE
Co žadateli vadí při usínání: _____
Používá léky na spaní: ANO NE
V noci se budí: ANO NE
Důvod: _____
Změny poloh: Žadatel/ka se polohuje sám/a: ANO NE
Poloha na lůžku: _____

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

4) ZAJIŠTĚNÍ STRAVOVÁNÍ

Stravování: Provede žadatel/ka sám/a: ANO NE
Jí příborem lžící ANO NE
Jí s pomocí ANO NE
Strava je podávána do úst ANO NE
Konzistence celé nakrájené mleté mixované
Dieta 3. normální 4. žlučnicková 9. diabetická warfarinová
 jiná _____
Alergie: _____
Žadatel/ka nemá rád/a: _____

Pití nápojů: Provede žadatel/ka sám/a ANO NE
Provede s pomocí brčkem jiný typ lahve z hrníčku jiným způs.: _____
Kolik tekutin denně běžně vypije? _____

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

5) PÉČE O VLASTNÍ PROSTOR

Úklid a údržbu vlastního prostoru: Provede s podporou Neprovede
Péče o prádlo, oblečení a obuv: Provede s podporou Neprovede
Udržování tepelného komfortu, obsluha spotřebičů: Provede s podporou Neprovede

Rizika:

Pomůcky:

Způsob podpory:

6) ZAJIŠTĚNÍ KONTAKTU SE SPOLEČENSKÝM PROSTŘEDÍM

Sociální kontakty:

Orientace: Místem (ví kde je, zná město): ANO NE
Časem (zná datum, nepřehazuje data minulých událostí): ANO NE
Osobou (ví kdo je): ANO NE

Komunikace: _____

Využívání běžných veřejných služeb: _____

7) SEBEREALIZACE

Dřívější povolání: _____

Záliby, koníčky: _____

Oblíbené činnosti: _____

Společenské, duševní, tělesné aktivity: _____

Zvyky: Kadeřnice, holič: _____

Pedikúra, manikúra: _____

káva—na jaký způsob, jak často: _____

čaj—na jaký způsob, jak často: _____

jakou upřednostňuje chuť: _____

další: _____

8) PÉČE O ZDRAVÍ

Zajištění bezpečí: _____

(fixační pomůcky atp) _____

Pravák Levák

V případě úmrtí: _____

Volat ihned kontaktní osobu (i v noci) _____

ANO NE

Volat tuto pohřební službu: _____

9) OSLOVENÍ KLIENTA, RODINA, PŘÁTELÉ

Oslovování: _____

Rodina, přátelé (jména rodičů, dětí, sourozenců,..): _____

10) OSOBNÍ CÍL, PŘÁNÍ ŽADATELE/KY

11) Další důležité informace:

Datum sepsání: _____

Podpis osoby, která dokument sepsala: _____