



Atilio Gamboc

Dom za starije i nemoćne osobe

**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA ZA
KORIŠTENJE POLUDNEVNOG BORAVKA PRI DOMU ZA STARIJE I
NEMOĆNE OSOBE „ATILIO GAMBOC“ UMAG**

OSOBNI PODACI:

a) ime, očevo ime i prezime: _____

b) dan, mjesec i godina rođenja: _____

c) adresa stanovanja: _____

d) mjesto stanovanja: _____

1) DIJAGNOZE: _____

2) PSIHIČKA BOLEST

DA

NE

2A) PODACI S DIJAGNOZAMA O TEŠKIM PSIHIČKIM I ZARAZNIM BOLESTIMA
TIJEKOM ŽIVOTA: _____

3) OPERATIVNI ZAHVATI TIJEKOM ŽIVOTA: _____

4) TERAPIJA: _____

5) ALERGIJA NA LIJEKOVE I OSTALE ALERGENE:

- Ne
- Da , koje: _____

6. Opće stanje:	7. Stanje svijesti:	8. Aktivnost
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dobro <input type="radio"/> Srednje <input type="radio"/> Slabo <input type="radio"/> Vrlo slabo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Odmah reagira <input type="radio"/> Apatičan/zbunjen <input type="radio"/> Bez reakcije na podražaj <input type="radio"/> U komi 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pokretan <input type="radio"/> Hoda uz pomoć <input type="radio"/> U kolicima <input type="radio"/> U krevetu

9. Inkontinencija		10. Prehrana	11. Unos tekućine
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Urin ➤ Da ➤ Ne 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Stolica ➤ Da ➤ Ne 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dobra <input type="radio"/> Osrednja <input type="radio"/> Slaba <input type="radio"/> Ne jede 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dobar <input type="radio"/> Osrednji <input type="radio"/> Slab <input type="radio"/> Ne pije

12. Rane		13. Specijalne potrebe: da ne
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dekubitus ➤ Da ➤ Ne 	<ul style="list-style-type: none"> Druge rane ➤ Da ➤ Ne 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Stoma <input type="radio"/> Kanila <input type="radio"/> Nazogastrična sonda <input type="radio"/> Peritonealna dijaliza <input type="radio"/> Pomagalo za respiratorni sustav <input type="radio"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <input type="radio"/> Drugo

14) POMOĆ I NJEGA DRUGE OSOBE:

- a) nije potrebna
- b) potrebna u cijelosti
- c) djelomično potrebna:
 - Pranje cijelog tijela
 - Tuširanje
 - Pranje dijelova tijela
 - Umivanje
 - Pranje kose
 - Brijanje
 - Higijena uz angažman pacijenta
 - Uređivanje noktiju
 - Svlačenje
 - Oblačenje
 - Higijena usne šupljine
 - Nešto drugo:

15) MEDICINSKA POMOĆ:

- a) nije potrebna
b) potrebna (kakva) _____

16) DIJETNA PREHRANA:

- a) nije potrebna
b) potrebna (kakva) _____

17) KATEGORIJA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA: _____

18) REGISTARSKI BROJ: _____

19) ŠIFRA: _____

20) NAPOMENA: _____

21) IME I PREZIME ODABRANOG LIJEČNIKA (BROJ TELEFONA):

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____

LIJEČNIČKA POTVRDA

Kojom se potvrđuje da _____
ime i prezime osobe i ime oca

ne boluje od psihičkih i zaraznih bolesti, te se ne liječi od alkoholizma ili drugih oblika ovisnosti.

Mjesto i datum: _____

Potpis liječnika: _____