



Monitoring denních činností

Dotazník vyplňte, prosím, pozorně. Je pro nás důležitý, abychom pro Vás mohli cíleně zajistit kvalitní péči. Formulář prosím přiložte k Žádosti o umístění do zařízení.

Jméno a příjmení:

V kolik hodin ráno vstáváte?

Jaké máte ranní rituály?

Způsob vyprazdňování: - WC - toaletní křeslo - inkont. pomůcky.....

Ranní hygiena: - samostatně - s pomocí - co zvládnou?.....

Oblékání: - samostatně - s pomocí - co zvládnou?.....

Jaké oblečení preferujete?

Koupel: - sprcha - vana / - sám - s pomocí

Péče o kůži: *Mažete si kůži? Čím?*.....

Péče o vlasy: *Kadeřník? Jak často?*.....

Jídlo: *Která jídla máte v oblibě?*.....
Která jídla nemáte rád/ráda?.....
Máte alergii na nějaké jídlo?.....
Konzistence potravy: - běžná - krájená - mletá - mixovaná.....
Jíte sám/sama? - ano - ne
Potřebujete pomoc při jídle? Jakou?.....

Spánek: *Po obědě?* - ano - ne
Večer - v kolik hodin chodíte spát?.....
Jak spíte?.....
Vstáváte na WC?..... *Jak často?*.....

Zájmy a záliby: *Čtete?*..... *Žánr?*.....
Posloucháte rádio?..... *Sledujete TV?*.....
Zájmy, ruční práce.....
Máte rád/ráda kolektiv?..... *Jste spíše samotář?*.....

Co Vám dělá radost?

Co Vám způsobuje smutek?

Co očekáváte od personálu zařízení:

Vaše další požadavky a připomínky:

Zpracoval (vč. vztahu):



Dotazník tělesných a smyslových schopností

Vámi vybranou kolonku, prosím, zakroužkujte či jinak označte.
Dotazník vyplňte, prosím, pozorně.

Jméno a příjmení hodnoceného: _____

Prostorová orientace:

plná orientace	orientace ve známém prostředí	částečná orientace	částečná dezorientace	úplná dezorientace
----------------	-------------------------------	--------------------	-----------------------	--------------------

Mobilita horní části těla:

plná funkce obou horních končetin	omezená funkce obou horních končetin	zcela nefunkční obě horní končetiny	plná funkce 1. HK, 2. HK část. nefunkční	plná funkce 1. HK, 2. HK zcela nefunkční
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Mobilita dolní části těla:

plná funkce obou dolních končetin	omezená funkce obou dolních končetin	zcela nefunkční obě dolní končetiny	plná funkce 1. DK, 2. DK část. nefunkční	plná funkce 1. DK, 2. DK zcela nefunkční
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Zrak:

bez potíží	brýle na čtení	brýle na dálku	zhoršené vidění	nevidomost
------------	----------------	----------------	-----------------	------------

Sluch:

bez potíží	zhoršený sluch	používání naslouchadla	neslyšící
------------	----------------	------------------------	-----------

Stav pokožky:

bez potíží	vysušená	pergamenová	neprokrvující se	bércové vředy	dekubity
------------	----------	-------------	------------------	---------------	----------

Spánek:

klidný	přerušovaný	brzké vstávání	těžké usínání	během dne	používání léků na spaní
--------	-------------	----------------	---------------	-----------	-------------------------

Oblékání:

úplná samostatnost	používání pomůcek	dohled	minimální asistence	částečná asistence	převážná asistence	úplná asistence
--------------------	-------------------	--------	---------------------	--------------------	--------------------	-----------------

Osobní hygiena:

úplná samostatnost	používání pomůcek	dohled	minimální asistence	částečná asistence	převážná asistence	úplná asistence
--------------------	-------------------	--------	---------------------	--------------------	--------------------	-----------------

Jídlo / příjem tekutin:

úplná samostatnost	používání pomůcek	dohled	minimální asistence	částečná asistence	převážná asistence	úplná asistence
--------------------	-------------------	--------	---------------------	--------------------	--------------------	-----------------

Vyprazdňování:

kontinence	vyprazdňování s asistencí	částečná močová inkontinence	celková inkontinence	permanentní močový katetr
------------	---------------------------	------------------------------	----------------------	---------------------------

Dutina ústní:

chrup pevný, úplný	chrup pevný, neúplný	chrup pevný se zubní náhradou	protéza úplná	protéza horní	protéza dolní	bez chrupu
--------------------	----------------------	-------------------------------	---------------	---------------	---------------	------------

Hodnocení provedl:	
Dotazovaný sám:	- ano - ne
S někým jiným (uveďte vztah):	

