

# N Á V R H na ústavnú liečbu

## ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ, n.o. PREDNÁ HORA

poistenca ZP:  **Meno a priezvisko:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

rodné číslo \_\_\_\_\_ bydlisko \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

telefónny kontakt \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Medicínske odôvodnenie návrhu:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anamnéza : (somatický stav):

PRILOŽIŤ AMBULANTNÉ SPRÁVY, POSLEDNÝ/AKTUÁLNY NÁLEZ, PREPÚŠŤACIE SPRÁVY Z HOSPITALIZÁCIÍ !

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objektívny nález + laboratorne vyšetrenia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnostický záver (slovom a číslom):

\_\_\_\_\_

<b>Mobilita:</b> <input type="checkbox"/> neobmedzená	<b>Zmyslové</b> <input type="checkbox"/> zrak	<b>Obmedzenie</b> <input type="checkbox"/> úplne
<input type="checkbox"/> s oporou (palica/barla)	<b>postihnutie:</b> <input type="checkbox"/> sluch	<b>spôsobilosti:</b> <input type="checkbox"/> čiastočne
<input type="checkbox"/> imobilný/á (chodítko/vozík)	<input type="checkbox"/> žiadne	(pri prijíme predložte doklad)

Doteraz vykonaná ústavná a iná liečba (kde, oddelenie, od – do, dg., atď.):

\_\_\_\_\_

Aktuálne užívaná farmakoterapia:

\_\_\_\_\_

Zvoľte druh liečby:

- 3-mesačná komplexná liečba – látkové aj nelátkové závislosti (max. raz za 12 mesiacov)
- 14-dňová posilňovacia liečba

\_\_\_\_\_

*námestník LPS – odborný garant  
OLÚP, n.o. Predná Hora*

\_\_\_\_\_

*navrhujúci lekár*

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

**Súhlasím s uvedením osobných údajov na tlačive.**

\_\_\_\_\_

*podpis poistenca*

Iné:

Prijatie pacientov s infekčným ochorením HIV, HBV, HCV, TBC je možné len po telefonnickej konzultácii a len v prípade, ak sa nejedná o akútne štádium ochorenia.

U ochorení HIV a TBC musí byť pacient nastavený na adekvátnu liečbu:

1. u pacientov HIV pozitívnych terapia HAART.
2. u pacientov s TBC pokračujúca kombinácia antituberkulotík, pacienti musia byť mikroskopicky negatívni.