



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	NE	ANO
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	NE	ANO
barvení v zařízení	NE	ANO
stříhání v zařízení	NE	ANO

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

g. Stravování – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
	Jí přiborem -	lžící
	Jí s pomocí -	zcela krmen/a
- konzistence: celé - nakrájené - mleté		
- dieta: č.2 č.3 č.9 jiná –		
- alergie:		
- žadatel/ka nemá rád/a:		

h. Pití nápojů – provede žadatel/ka sám/a	ANO	NE
provede s pomocí – brčkem - jiný typ láhve - jiným způsobem:		
kolik tekutin denně běžně vypije?		

i. Lokomoce – žadatel/ka se pohybuje sám/a	ANO	NE
pohybuje se s pomocí	ANO	NE
- jakou: berle - FH - chodítko - invalidní vozík		
zcela nepohyblivý		ANO
vstane sám/a	ANO	NE
usedne sám/a	ANO	NE

j. Spánek – po obědě	ANO	NE
večer – usíná bez problémů	ANO	NE
co žadateli vadí při usínání:		
používá léky na spaní:		
v noci se budí	NE	ANO
důvod:		

k. Vyměšování – ve dne: zvládá sám/a	ANO	NE
s pomocí	ANO	NE
inkontinentní – pomůcky vymění sám/a	ANO	NE
v noci: zvládá sám/a	ANO	NE
s pomocí	ANO	NE
inkontinentní – pomůcky vymění sám/a	ANO	NE
- stolice: dohled nad vyprazdňováním	NE	ANO
medikována laxativa	NE	ANO

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) vestibulární vnímání – v jaké poloze se cítí nejlépe?
Provozoval sport? Jinou pravidelnou, fyzickou aktivitu?
Měl/a rád/a teplo nebo chladno v ložnici?
- c) optické vnímání – který obrázek, vjem je symbolem domova?
Má oblíbené filmy, fotografie?
Co viděl doma jako první, když se probudil?
Používá brýle, kontaktní čočky?
- d) auditivní vnímání – Poslouchá rád rádio?

Má oblíbenou píseň?
Sluch je dobrý - zhoršený - velmi špatný?
Používá naslouchátko?
Umí je sám/a ovládat?

- f) taktilně-haptické vnímání – pravák nebo levák?
Používal/a při pozdravu stisk ruky?
Co pro něj/ni znamenají ruční práce?
- g) orální vnímání – pečuje o svůj chrup, rty?
Používal ústní vodu?
Měl/a rád/a bonbóny?
Z jaké nádoby nejraději pil?
Oblíbený nápoj?

Datum sepsání:

Podpis osoby, která dokument sepsala: