



Uherskohradištská
nemocnice a.s.

Žádost o přijetí na oddělení následné intenzivní péče Uherskohradištské nemocnice a. s.

Uherskohradištská nemocnice a. s., J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště
telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15
www.nemuh.cz

Identifikační údaje pacienta

Příjmení, jméno, titul: _____

Bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodinný stav: _____ Státní příslušnost: _____

Praktický lékař: _____

Adresa a telefon nejbližších příbuzných (opatrovníka): _____

Poslední hospitalizace - kdy a kde:

Hlavní diagnóza (slovně i dle MKN):

Vedlejší diagnózy (slovně i dle MKN):

Stav nemocného:

Stav vědomí (zhodnotit slovně i GCS či Ramsay score):

Aktuální ventilační režim (včetně parametrů):

Kožní defekty a operační rány (prosím, popište):

Výsledky mikrobiologických vyšetření a použitých ATB za dobu hospitalizace:

Mobilita nemocného (nehodící se škrtněte):

ležící chodící s pomůckami chodící s doprovodem chodící

Aktuální terapie (vypište, prosím, kompletní aktuální medikaci včetně dávkování a infuzní terapie):

Invazivní vstupy (nehodící se škrtněte):

Tracheostomie CŽK PEG Epicystostomie Arteriální linka Hrudní drenáž V-P shunt

Váha:

Výška:

Další informace:

Spolupráce s rodinou (opatrovníkem):

Regulační poplatky (nehodící se škrtněte): placeny - neplaceny Kým:

Souhlas s překladem (nehodící se škrtněte): nemocný při vědomí souhlasí - nesouhlasí

rodina souhlasí - nesouhlasí

Příloha: v příloze zašlete, prosím, epikrízu, výsledky odborných vyšetření a popisy RTG, NMR atd.

Kontaktní údaje odesílajícího lékaře

Datum žádosti:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

.....

Razítko a podpis lékaře