***Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu***

Meno a priezvisko:..................................................................................................................

Dátum narodenia:...................................................................................................................

Bydlisko: .................................................................................................................................

**I. Anamnéza:**

a/ osobná / so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu/:

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

b/ subjektívne ťažkosti: ...........................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

**II. Objektívny nález**

Výška: ....................... Hmotnosť:....................... BMI:....................... TK:...............P:..............

 /body mass index/ / krvný tlak/ /pulz/

Habitus: ......................................................................................................................................

Orientácia:...................................................................................................................................

Poloha:.........................................................................................................................................

Postoj:..........................................................................................................................................

Chôdza:........................................................................................................................................

Poruchy kontinencie:...................................................................................................................

**II. A \***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená**

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,

- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontanyea,

- pri hypertenzií stupeň podľa WHO,

- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie /spynometria/,

- pri zažívacích ochoreniach /sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie/,

- pri reumatických ochoreniach séropozivita, funkčné štádium,

- pri diabete dokumentovať komplikácie /angiopatia, neuropatia, diabetická noha/

- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perometer, slovná alebo objektívna audiometria,

- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,

- pri mentálnej retardácií psychologický nález s vyšetrením IQ,

- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,

 - pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,

- pri fenylketonúrií a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

**II. B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

a/ popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením /goniometria v porovnaní s druhou stranou/

b/ priložiť ortopedický, neurologický, fyziatro-rehabilitačný nález /FBLR nález/, röntgenologický nález / Rtg nález/, elektromyografické vyšetrenie /EMG/, elektroencefalografické vyšetrenie /EKG/, výsledok počítačovej tomografie /CT/, nukleárnej magnetickej rezonancie /NMR/, denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

\* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

**III. Diagnostický záver** /podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením/

V .......................................... dátum.........................

 .................................................................................

 podpis lekára, ktorý lekársky nález

 vypracoval a odtlačok jeho pečiatky