**Informācija par Sociālās aprūpes centra (SAC) klienta veselības stāvokli**

*(iesniegšanai slimnīcā, kurā nogādāts klients)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Sociālās aprūpes centrs**  *(centra nosaukums)* |  |
| **Klienta vārds, uzvārds** |  |
| **Klienta dzimšanas dati**  *(dd.mm.gggg)* | **\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Kas notika?**  *(lūgums - apvilkt atbilstošos skaitļus blakus esošajā laukā un veikt ierakstu 8.punktā, ja tas nepieciešams)* | 1.Paaugstinājās temp.\_\_\_\_\_\_0C  2. Sākās klepus  3.Sākās elpas trūkums  4. Sākās ožas, garšas traucējumi  4. Sākās sāpes krūtīs  5. Iestājās samaņas zudums  6. Āda kļuva vēsa  7. Sākās krampju lēkme  8.Citas pazīmes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Kad notika?**  *(dd.mm.gg.)* | **\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_,** plkst. **\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_**  ***vai***  Slimo no \_\_\_\_\_**.**\_\_\_\_\_**.**\_\_\_\_\_ |
| **Klienta hroniskās slimības un stāvokļi**  *(lūgums - apvilkt atbilstošos skaitļus blakus esošajā laukā un veikt ierakstu 12.punktā, ja tas nepieciešams)* | 1. Hronisks bronhīts, bronhiāla astma 2. Cukura diabēts 3. Demence 4. Onkoloģiska saslimšana 5. Arteriāla hipertensija 6. Sirds ritma traucējumi 7. Hroniska sirds mazspēja 8. Hroniska nieru mazspēja 9. Hroniska aknu slimība 10. Pārciests sirds infarkts 11. Pārciests smadzeņu insults 12. Cita slimība/ sekas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Medikamenti, kurus nozīmējis ārsts klientam regulārai lietošanai *un kādus medikamentus lietojis pirms NMP brigādes ierašanās*** |  |
| **Klienta fiziskās un garīgās spējas** *(lūgums- apvilkt atbilstošo skaitli blakus esošajā laukā)* | 1. Saglabāta funkcionāla neatkarība (nav nepieciešama citu personu palīdzība ikdienā)  2. Atkarība no aprūpes fizisku vai garīgu problēmu dēļ  3. Pilnībā atkarīgs no aprūpes  4. Guļošs un kopjams |
| ***Cita informācija (piem.,*** *par palīglīdzekļiem, kādi tiek izmantoti un ņemti līdzi uz slimnīcu, par vakcināciju pret Covid-19)* |  |

**Informāciju sniedza:**

medicīnas māsa/ sociālais darbinieks **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(atbilstošo pasvītrot) (Vārds, Uzvārds) (paraksts)*

*SAC kontakttālruņa numurs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Datums: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(dd. mm. gggg.)*