

WWW.MOSTYPOMOCI.SK
Jaroslav Servátka

MODRÁ SKRINKA

Opatrovanie v domácnosti

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poisťovňa:

Kontakt:

Kontaktná osoba č. 1:

Meno a priezvisko:

Tel. číslo a email:

Vzťah k opatrovanej osobe:

Kontaktná osoba č. 2:

Meno a priezvisko:

Tel. číslo a email:

Vzťah k opatrovanej osobe:

mosty pomoci

KOMORA OPATROVATEĽIEK SLOVENSKA

MODRÁ SKRINKA ako dokumentácia a procesný nástroj:

Obsahuje súbor najdôležitejších informácii o opatrovanej osobe a jej zdravotnom stave.

MODRÁ SKRINKA ako nástroj prvej pomoci:

Obsahuje kontakty núdzových liniek, lekárničku, kópiu kartičky poistenca, peňažný denník, kalendár

Nájdite miesto, kde v domácnosti bude Modrá skrinka umiestnená a povedzte o nej ostatným členom domácnosti.

Obsah brožúry:

1. Núdzový plán
2. Denný plán
3. Opatrovateľský plán
4. Životopis opatrovanej osoby a stravovanie
5. Anamnéza
6. Správa pre externé zariadenie

Návod na používanie Modrej skrinky:

1. Vyplňte na úvodnej strane údaje o opatrovanej osobe
2. Vyplňte údaje v Núdzovom pláne, taktiež, kde sa nachádzajú poistky, či uzáver plynu a vody
3. Vyplňte osobnú dokumentáciu (anamnéza, životopis, stravovanie). Farebnými pásikmi si označte strany s dôležitými údajmi

- ✓ Zaobstarajte si lekárničku (minimálne autolekárničku)
- ✓ Spravte si kópiu kartičky poistenca
- ✓ Pripravte si kalendár na termíny a denné záznamy
- ✓ Ak sú Vám zverené financie, vytvorte si peňažný denník podľa nasledujúceho vzoru:

Poradové číslo položky	Dátum	Položka	Príjem	Výdaj	Zostatok	Podpis

- ✓ Na základe vyplnenej anamnézy zhrňte problémy, riziká a popíšte opatrenia
- ✓ Vytvorte dokumentáciu zdravotného stavu. Môžete ju zapisovať napr. do kalendára. Ak si to zdravotný stav opatrovanej osoby vyžaduje, zapisujte krvný tlak, glykémiu, hmotnosť, stolicu, pitný režim, atď.
- ✓ Ak je potrebná prítomnosť opatrovateľky/opatrovateľa, vytvorte denný rozvrh v ich prítomnosti
- ✓ Vyplňte nemenné údaje hlavičky správy pre externé zariadenie

Odporúčame účasť na prednáškach - ponuka na webovej stránke www.mostypomoci.sk:

- ➢ Návod ako pracovať s Modrou skrinkou
- ➢ Komunikácia a Validácia
- ➢ Bazálna stimulácia
- ➢ Imobilizačný syndróm
- ➢ Ergonómia a kinestetika

KĽÚČOVÉ TELEFÓNNE ČÍSLA PRE POMOC

TIESŇOVÉ LINKY (Bezplatné, Nonstop)

112
UNIVERZÁLNA POMOC / EUROČÍSLO



- Vážne nehody, viaceré zložky, neistota

155
ZDRAVOTNÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA



- Náhly stav, úraz, bolesť na hrudi, prvá pomoc

150
HASIČI / POŽIARNA OCHRANA



- Požiar, dopravná nehoda, technický zásah

158
POLÍCIA / VEREJNÝ PORIADOK



- Trestný čin, lúpež, vážne porušenie poriadku

ŠPECIÁLNE LINKY POMOCI

159
MESTSKÁ POLÍCIA



- Poriadok v meste, parkovanie, ruch, zvieratá

116 117
ZDRAVOTNÉ PORADENSTVO



- Neakútne stavy, konzultácia, rady, informácie, APS

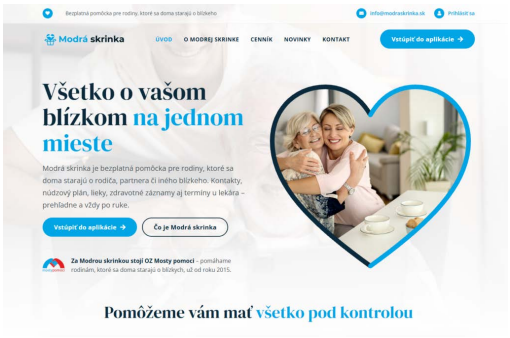
SENIORSKÁ A SOCIÁLNA POMOC

0800 172 500
SENIOR LINKA (Fórum pre pomoc starším)



- Osamelosť, poradenstvo, ochrana, sociálne služby

Slovensko | Uložte, zdieľajte, pomôžte!



Odporúčame zoznámiť sa so **aplikáciou / web-stránkou**

Modrá skrinka: http://www.modraskrinka.sk

NÚDZOVÝ PLÁN

Inžinierske siete:

PLYN – HLAVNÝ UZÁVER sa nachádza: PORUCHOVÁ SLUŽBA PLYN:

VODA – HLAVNÝ UZÁVER sa nachádza: PORUCHOVÁ SLUŽBA VODA:

ELEKTRINA – HLAVNÝ ISTIČ sa nachádza: POISTKY sa nachádzajú: PORUCHOVÁ SLUŽBA ELEKTRINA:

RODINNÍ PRÍSLUŠNÍCI, KONTAKT:

INFORMOVAŤ – V PRÍPADE ZHORŠENÉHO ZDRAVOTNÉHO STAVU ČI INEJ MIMORIADNEJ UDALOSTI:

POZNÁMKA:

Dátum	Problém	Riziko	Opatrenie

Dátum	Problém	Riziko	Opatrenie

Dátum	Problém	Riziko	Opatrenie

Čo je dobré vedieť o opatrovanej osobe, životopis

- Ako Vás mám oslovovať?
- Súhlasíte s tým, aby boli príbuzní prítomní pri intímnej časti opatrovania (kúpanie, intímna hygiena)?

  Ak áno, kto áno a kto nie?
- Kde ste sa narodili?
- Kde ste vyrastali?
- Kde ste žili počas zrelého veku?
- Ako ste vtedy žili? (sociálna situácia, mesto, obec...)
- Rodičia
- Súrodenci
- Vierovyznanie a akú úlohu hrá vo Vašom živote
- Vzdelanie
- Zamestnanie/spokojnosť so zamestnaním
- Rodinný stav (partner, vdova...)
- Deti/vnúčatá/pravnúčatá
- Máte nejaké hobby?
- Činnosti, na ktorých sa aktívne podieľate (združenia, politika, kostol...)
- Aký typ človeka ste? (rodinný, športovec, aktívny...)
- Hrá vo Vašom živote viera veľkú úlohu?
- Najkrajšie zážitky
- Zlé časy, bolestivé zážitky
- Aké sny by ste si chceli splniť?

Čo je dobré vedieť o opatrovanej osobe, stravovanie

- Máte nejakú alergiu/intoleranciu na jedlo?
- Kedy obvykle raňajkujete? Čo, množstvo, čo na pitie...
- Kedy obvykle obedujete? Aké je Vaše obľúbené jedlo?
- Desiata/olovrant
- Kedy obvykle večeriate? (druhá večera?)
- Čo vôbec nejedávate?
- Aké bolo Vaše obľúbené jedlo počas detstva?
- Čo pijete? Koľko denne – doobeda, poobede, večer
- Máte diétu? Akú? Dodržiavate ju?
- Formy stravy:
  - Pevná
  - Mixovaná
- Pomoc pri podávaní stravy
  - Je príborom
  - Je lyžicou – potrebné upraviť stravu na veľkosť sústa
  - Potrebná kompletná pomoc pri podávaní stravy
- Máte chuť na jedlo a pitie? Je Vás potrebné ponúkať?
  - Výška:
  - Váha:
  - BMI:

Opatrovaná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poisťovňa/číslo poistenca:

Adresa:

Kontaktná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Kontakt:

Obvodný lekár:

Kontakt:

ALERGIE:
Riziká:
Diéta:

DIAGNÓZY:

LIEKY, DÁVKOVANIE:

PLÁNOVANÉ KONTROLY,
TERMÍNY:

ANAMNÉZA:

Orientácia:

- Miesto
- Čas
- Situácia
- Osoby

Pomoc:

- nepotrebuje žiadnu mimoriadnu pomoc
- akceptuje pomoc
- odmieta pomoc
- nepotrebuje pomôcky
- potrebuje pomôcky
- neakceptuje pomôcky

Prekonané stavy a aktuálna situácia:

- pády/opakované pády
- infekcie
- slabosť
- otrava
- suicidálne sklony
- agresívne sklony
- zranenia/operácie/implantáty
- alkohol/návykové litky
- fajčenie

- Ste pravák či ľavák? Máte nejaké obmedzenia pri používaní horných končatín?
- Máte nejaké obmedzenia pri používaní dolných končatín?

- **Riziká** *** Alergie** *** Lieky na riedenie krvi** *** Inzulín**
- Bolesti * Akútne * Chronické

Popíšte:

- Pravidelné užívanie liekov (aj gély a masti) proti bolesti:

Popíšte: Alternatívne metódy:

- **Ako vidíte?**
  - dobre
  - potrebujete okuliare nepretržite
  - potrebujete okuliare na čítanie
  - používate kontaktné šošovky
  - máte zrakové obmedzenia vpravo
  - máte zrakové obmedzenia vľavo
  - slepota

- **Ako počujete?**
  - dobre
  - horšie na pravú stranu /hluchota/ %
  - horšie na ľavú stranu /hluchota/ %
  - načúvací strojček – na ktorej strane? Nosíte túto pomôcku?

- **Komunikácia:**

  Prejav je:
  - zrozumiteľný
  - spontánny
  - tichý
  - hlasný
  - uvoľnený
  - priateľský

- **Pamäť**:
  - veľmi dobrá
  - dobrá
  - problém s krátkodobou pamäťou
  - problém s koncentráciou

Popíšte problém:

- **Porozumenie a vyjadrovanie:**
  - rozumie požiadavkám okolia
  - rozumie prirovnaniam
  - vie vyjadriť svoje želania a potreby

- **Dýchanie:**
  - dýchanie bez problémov
  - problém s dýchaním/inhalátor
  - tracheostoma
  - odsávanie
  - kyslík/aký prístroj a dávkovanie?

Objavuje sa iba pri záťaži alebo aj v kľude? Objavuje sa v určitých hodinách? Špeciálne požiadavky – napríklad otvorené okno. Popíšte problém:

- **Vitálne funkcie** – popíšte problém:

• krvný tlak (TK) • telesná teplota (TT) • pulz (P) • dych (D) • bolesť • saturácia kyslíka (SpO2)

- **Inkontinencia moču:**
  - áno
  - nie
  - občas – nutná pomôcka:
  - používate pomôcku?
  - močový katéter – veľkosť:

- **Inkontinencia stolice:**
  - nie
  - občas
  - áno – odkedy:
  - stoma

Problém s inkontinenciou a používané pomôcky – cez deň, v noci:

- **Stolica:**
  - pravidelná
  - nepravidelná
  - zápchy
  - hnačka

Užívate lieky súvisiace s vylučovaním? Aké? Alternatívne metódy:

- **Umývanie a obliekanie**

❖ ústna hygiena * samostatne * s pomocou

❖ zubná protéza * áno * nie

- čiastočná hore / nosíte?
- čiastočná dole / nosíte?
- úplná / nosíte?
- používate lepidlo na protézu?
- máte protézu nasadenú aj v noci?
- používate dezinfekčné tabletky na protézu?

❖ umývanie tela:

- umývate sa bez pomoci?
- potrebujete čiastočnú pomoc pri umývaní?
- potrebujete úplnú pomoc pri umývaní?

❖ sprchovanie:

- sprchujete sa bez pomoci?
- potrebujete čiastočnú pomoc pri sprchovaní?
- potrebujete úplnú pomoc pri sprchovaní?
- používate vaňu – kúpete sa?

Myslite aj na činnosti, ako je úprava účesu, pravidelná návšteva kaderníka, či holenie, obľúbená kozmetika, medicínske prípravky, aromaterapia, citlivosť na teplo a chlad.

Popíšte druh potrebnej pomoci pri osobnej hygiene a obliekaní:

- **Mobilita:**
  - samostatný/á
  - čiastočná mobilita – s pomôckou
  - imobilita/odkedy
  - viete samostatne vstať z lôžka?
  - aké pomôcky používate?
    - palica
    - barle
    - chodítko oporné – bez koliesok
    - chodítko s kolieskami
    - invalidný vozík

- **Spadli ste v poslednom čase?**

Kontraktúry, zlomeniny, amputácie, slabosť, stav po náhlej cievnej príhode, Parkinsonova choroba, medikácia, atď.

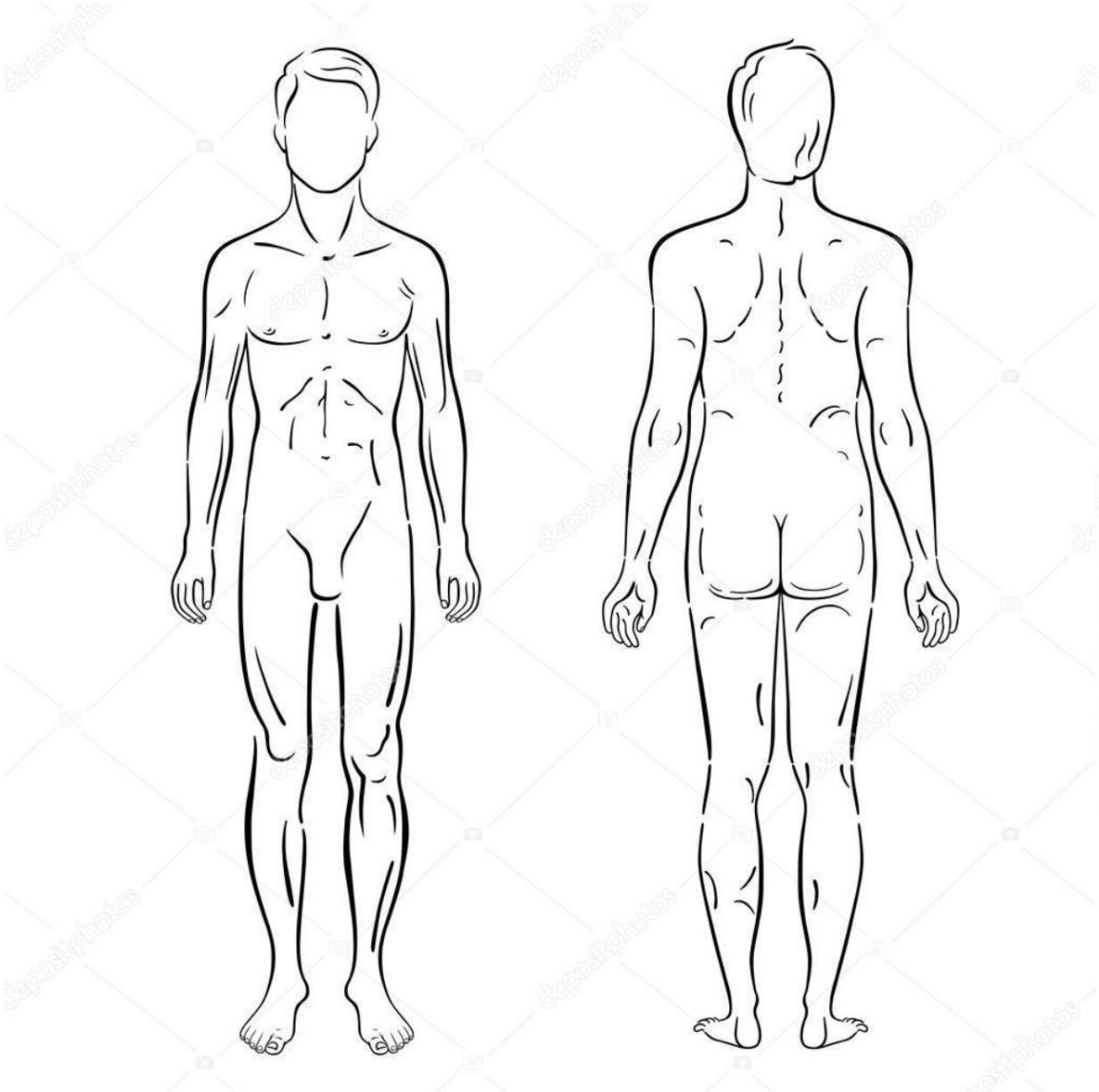
Riziká úrazu z dôvodu aktuálneho či dlhodobého stavu.

Popíšte aktuálnu situáciu/stav, vrátane poranení a poškodení tela:

Potreba polohovania:

Označte symbolom X a poradovým číslom, kde je zmena. Popíšte.

(napr. 1. dekubitus II. stupňa, 2. jazva po operácii, atď.)



- **Voľný čas:**
  - Televízia/obľúbený program/herci
  - Rádio, obľúbená stanica
  - Osobné záujmy/realizovateľné
  - Ste radi v spoločnosti?
  - Ste spokojný/á so svojou situáciou?
  - Máte obľúbené rituály?
  - Kto Vás navštevuje?
  - Kto sú Vaše obľúbené návštevy?
  - Chodíte si v priebehu dňa odpočinúť?

- **Sexualita/rola muža a ženy/rola v rodine:**

Máte nejaké špeciálne požiadavky?

V: Vyplnil/a:

Dátum: Opatrovaná osoba/rodinný príslušník:

Opatrovaná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poisťovňa/číslo poistenca:

Adresa:

Kontaktná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Kontakt:

Obvodný lekár:

Kontakt:

ALERGIE:
Riziká:
Diéta:

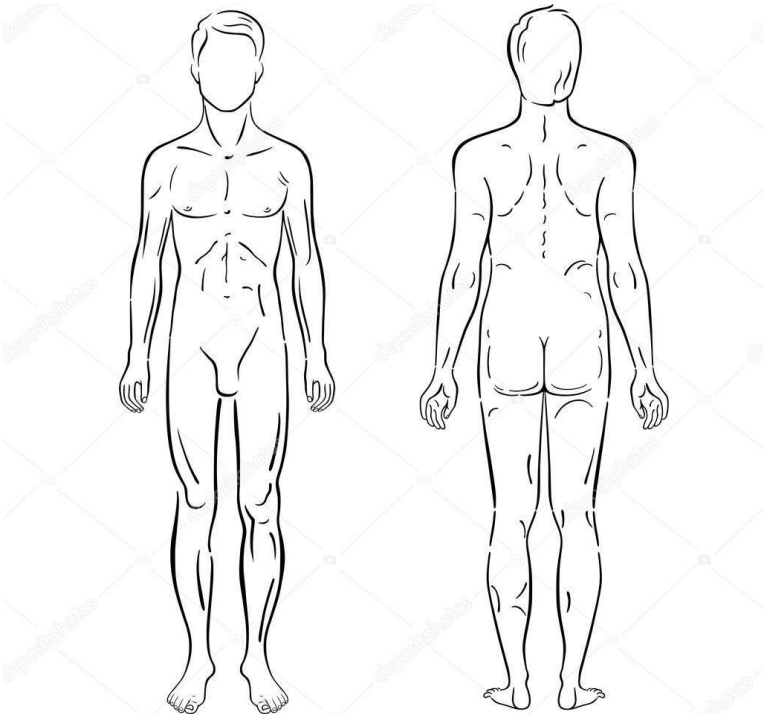
DIAGNÓZY:

LIEKY, DÁVKOVANIE:

PLÁNOVANÉ KONTROLY,
TERMÍNY:

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O_2:		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		



Poranenia/zmeny:

Mobilita:

Správa pre externé zariadenie nemocnica/lekár

Opatrovaná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poisťovňa/číslo poistenca:

Adresa:

Kontaktná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Kontakt:

Obvodný lekár:

Kontakt:

ALERGIE:
Riziká:
Diéta:

DIAGNÓZY:

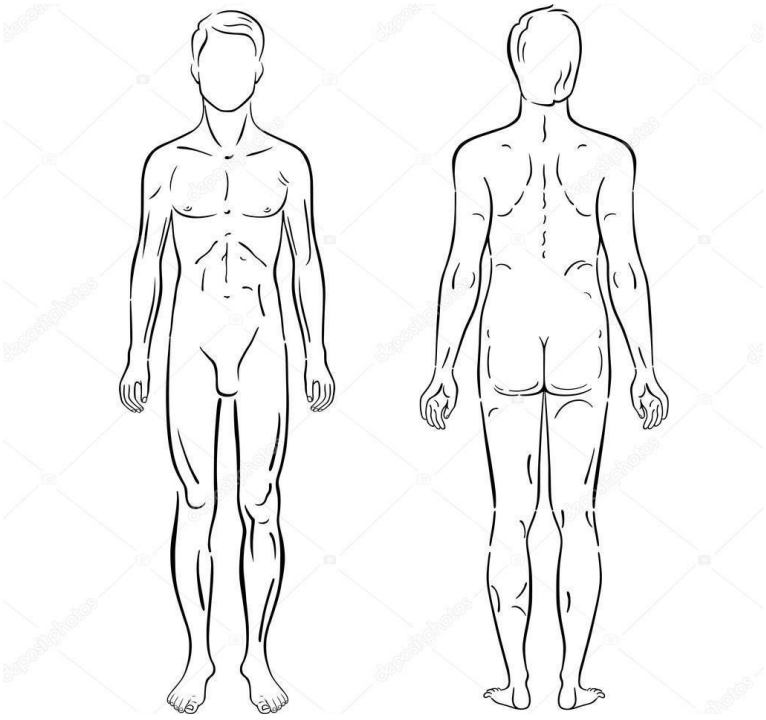
LIEKY, DÁVKOVANIE:

PLÁNOVANÉ KONTROLY,
TERMÍNY:

Správa pre externé zariadenie nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O_2:		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		



Poranenia/zmeny:

Mobilita:

Opatrovaná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poisťovňa/číslo poistenca:

Adresa:

Kontaktná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Kontakt:

Obvodný lekár:

Kontakt:

ALERGIE:
Riziká:
Diéta:

DIAGNÓZY:

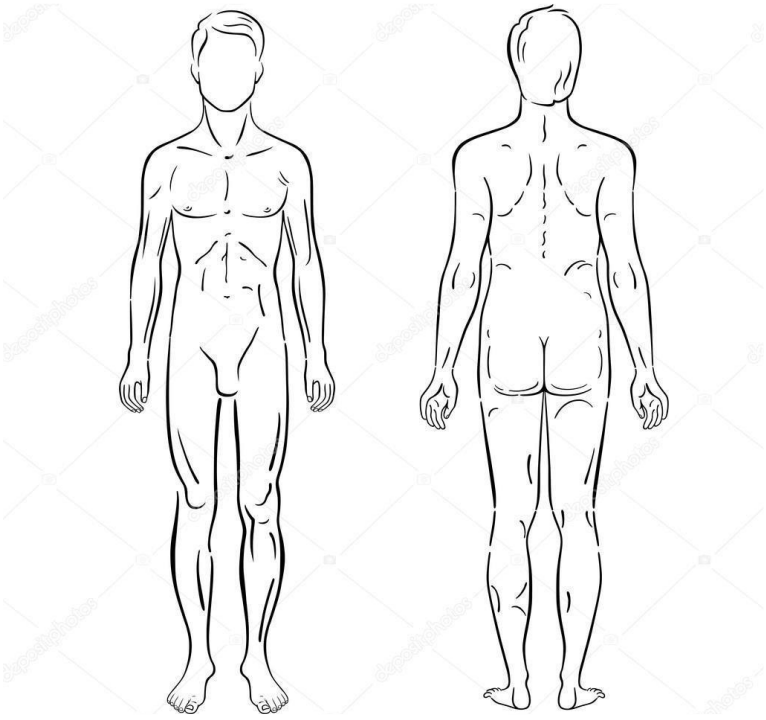
LIEKY, DÁVKOVANIE:

PLÁNOVANÉ KONTROLY,
TERMÍNY:

Správa pre externé zariadenie nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O_2:		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		



Poranenia/zmeny:

Mobilita:

Opatrovaná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Poisťovňa/číslo poistenca:

Adresa:

Kontaktná osoba:

Titul:

Meno a priezvisko:

Adresa:

Kontakt:

Obvodný lekár:

Kontakt:

ALERGIE:
Riziká:
Diéta:

DIAGNÓZY:

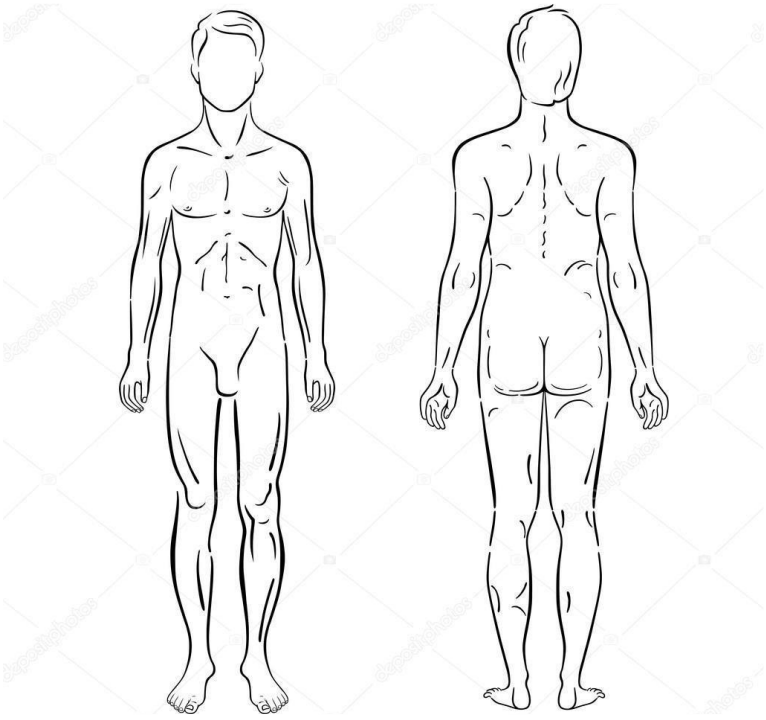
LIEKY, DÁVKOVANIE:

PLÁNOVANÉ KONTROLY,
TERMÍNY:

Správa pre externé zariadenie nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O_2:		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		



Poranenia/zmeny:

Mobilita:

Správa pre externé zariadenie nemocnica/lekár

Opatrovaná osoba:	Kontaktná osoba:
Titul:	Titul:
Meno a priezvisko:	Meno a priezvisko:
Dátum narodenia:	Adresa:
Poisťovňa/číslo poistenca:	Kontakt:
Adresa:	Obvodný lekár:
	Kontakt:

ALERGIE:
Riziká:
Diéta:

DIAGNÓZY:

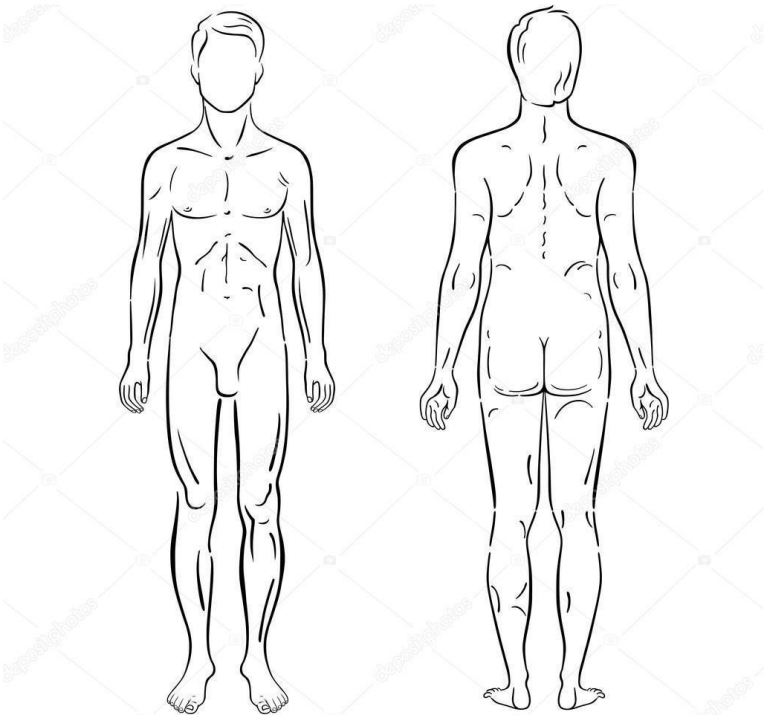
LIEKY, DÁVKOVANIE:

PLÁNOVANÉ KONTROLY,
TERMÍNY:

Správa pre externé zariadenie nemocnica/lekár

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Krvný tlak/ Pulz:		
Telesná teplota:		
Saturácia O_2:		
Dych:		
Glykémia:		

Aktuálny stav	Hodnota	Merané
Výška:		
Hmotnosť:		
Stolica:		
Katéter:		
Posledné jedlo:		



Poranenia/zmeny:

Mobilita: