**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY / LEKARZA NEUROLOGA**

**o występujących zaburzeniach psychicznych osoby ubiegającej się o uczestnictwo w zajęciach w Środowiskowego Domu Samopomocy w Woli Raniżowskiej**

1. Imię i nazwisko …....................................................................................................................

2. Adres …....................................................................................................................................

3. Rozpoznanie (symbole wg. kwalifikacji ICD-10):

…...................................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................

kwalifikujące w/w osobę do ŚDS typu:

- A – dla osób przewlekle psychicznie chorych\*

- B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną\*

- C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych\*

4. Zalecone leki, dawkowanie:

….................................................................................................................................................. …..................................................................................................................................................

5. Inne schorzenia (sprzężone), utrudniające funkcjonowanie, wymagające kontroli specjalistycznej:

…..................................................................................................................................................…..................................................................................................................................................

stosowanie leki:

…..................................................................................................................................................…..................................................................................................................................................w przypadku epilepsji – charakterystyka zwiastunów, przebieg ataków, niezbędnego postępowania:

 …..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

6. Ostatnia hospitalizacja: ………….............

7. Zachowania niebezpieczne:

występowały: TAK / NIE

na czym polegały:

 …..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................kiedy ostatni raz wystąpiły: ….....................................................................................................

zwiastuny: ………………………………………………...………………………………….…

zalecane środki ostrożności: …....................................................................................................

próby „S”: ....................................................................................................................................

8. Inne ważne informacje i zalecenia lekarza:

…..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

\*odpowiednie zakreślić

Zaświadczenie opracowano na podstawie § 7 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9.12.2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2020r. poz. 249).

…………………………………

podpis i pieczęć lekarza