

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO/DOMOWEGO

Jednostka
kierująca.....data skierowania.....
(pieczęć)

DANE PACJENTA:

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

Adres.....

Przebywa obecnie.....

DANE OPIEKUNA:

Imię i Nazwisko.....stopień pokrewieństwa.....

Adres.....telefon kontaktowy.....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym w Szczecinie

.....
Data i podpis Chorego

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA I DOTYCHCZASOWYM PRZEBIEGU CHOROBY

(proszę wypełnić w oparciu o aktualny stan kliniczny)

ROZPOZNANIE PODSTAWOWE –kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej – w przypadku

nowotworu wpisać wynik badania his-pat.....

.....ICD 10.....

POZOSTAŁE ROZPOZNANIA (ICD 10).....

.....

DALSZE LECZENIE ONKOLOGICZNE (Proszę zaznaczyć X)

TAK (daty i rodzaj planowanej terapii).....

.....

NIE (zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego

STPONIEŃ SPRAWNOŚCI CHOREGO W SKALI ECOG I KARNOFSKY.....

.....

**NAJBARDZIEJ UCIAŹLIWE DLA CHOREGO OBJAWY UTRZYMUJĄCE SIĘ
POMIMO LECZENIA:**

Ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty ,

Zaparcia , wodobrzusze , zespół splątaniowy , obrzęki , rany ,
owrzodzenia

ODLEŻYNY: NIE , TAK (stopień, lokalizacja)

.....

.....

AKTUALNE STOSOWANE LEKI (nazwy, dawki):

.....

.....

.....

Czy Chory jest świadomy rozpoznania? TAK , NIE .

Czy Chory zna rokowanie? TAK , NIE .

Uwagi:

.....

.....

Data

.....

Pieczątka i podpis lekarza kierującego