SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU PALIATYWNO – HOSPICYJNEGO

ORZECZENIE LEKARSKIE

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w oddziale paliatywno – hospicyjnym są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w oddziale lub osób z jej otoczenia.

**I**. Imię i nazwisko chorego ………………………………………………………...........................................

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………….

Seria i numer dowodu osobistego ………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………………………

Dokładny adres ………………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy do opiekuna ……………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko opiekuna…………………………………………………………………………………………………

Stopień pokrewieństwa ………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………

**II**. Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna

Kod ICD-10 ……. …… ……. **.** ........

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

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

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

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

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

**III**. Dotychczasowe leczenie onkologiczne

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie, dawki?) …………………………………………………………………

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

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze ( jakie?) ……………………….

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

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem ? TAK ……. NIE …….

Czy ma założoną przetokę , stomię , cewnik w pęcherzu ? (*podkreślić właściwe*)

Przyjmowane leki …………………………………………………………………………………………………………………

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

**IV**. Choroby współistniejące z kodem ICD-10 …………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**V**. Nosicielstwo patogenu alarmowego ………………………………………………………………………………..

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

**VI**. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

1. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia.

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

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

1. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego ……………………………

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

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

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

**VII.** W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania

kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień

pokrewieństwa z badanym .

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

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

**VIII**. Nieodłącznym warunkiem skierowania do oddziału jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.

…………………………………………………………… …………………………………………………………

Miejscowość i data Pieczęć i podpis lekarza kierującego

…………………………………………………….....

Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia