

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **dla pacjenta kierowanego do hospicjum stacjonarnego**

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

UWAGA ! Konieczne jest wypełnienie wszystkich poniższych punktów¹

I. Imię i nazwisko

 Seria i numer dowodu osobistego

 Data i miejsce urodzenia

 Dokładny adres

 Telefon kontaktowy

 PESEL

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10

.....
.....
.....

III. Weryfikacja histopatologiczna nowotworu, w przypadku braku podać przyczynę, np. brak możliwości pobrania materiału do badania, odstępianie od diagnostyki z uwagi na zły stan ogólny

.....
.....

IV. Stopień zaawansowania choroby (w przypadku nowotworu): klasyfikacja TNM lub inna

.....,
Lokalizacja przerzutów lub inne przesłanki za aktywną, postępującą i nieuleczalną chorobą

.....
.....

V. Przebieg dotychczasowego leczenia onkologicznego (w przypadku nowotworu)

.....
.....
.....
.....

VI. Planowane dalsze leczenie przyczynowe TAK/NIE

 Data i wynik konsultacji lub konsylium z decyzją o zakończeniu leczenia przyczynowego i
 potrzebie objęcia pacjenta opieką paliatywną/hospicyjną

.....
.....

¹ Formularz zawierający puste pola zostanie zwrócony do uzupełnienia.

.....
.....

VII. Występowanie następujących objawów:

silny ból > 5/10 NRS TAK/NIE, duszność TAK/NIE,
nasilone nudności/wymioty TAK/NIE, uporczywe zaparcia TAK/NIE,
zespół żyły głównej górnej TAK/NIE, zespół ucisku rdzenia kręgowego TAK/NIE,
zespół objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego TAK/NIE
wyniszczenie TAK/NIE, odleżyny TAK/NIE – liczba odleżyn..... stopień.....

VIII. Stosowane leki przeciwbólowe (jakie dawki)

.....
.....

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

.....
.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK/NIE

Czy istnieją wskazania do żywienia pozajelitowego TAK/NIE

Czy ma założoną przetokę, stomię, wkłucie centralne, port naczyniowy,
cewnik w pęcherzu? (właściwe podkreślić)

Inne przyjmowane leki

.....
.....
.....

X. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

- a. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki medycznej, którą należy dołączyć do niniejszego skierowania

.....
.....
.....

- b. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego

.....
.....
.....

- c. choroby współistniejące

.....
.....

gruźlica **tak / nie**

narkomania **tak / nie**

choroby psychiczne **tak/nie**

choroby zakaźne **tak / nie**

- XI. Czy przeprowadzono rozmowę z pacjentem i rodziną na temat zaawansowania choroby, rokowania, zakończeniu leczenia przedłużającego życie i możliwości stosowania jedynie leczenia objawowego?

TAK/NIE.....

- XII. Czy pacjent wyraża zgodę na przyjęcie do Hospicjum Stacjonarnego ?

TAK/NIE.....

- XIII. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego