

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO

Kieruję Pana /Panią

Pesel

Adres zamieszkania
.....
.....

Z rozpoznaniem
.....
.....
.....

Kod(ICD 10)

U pacjenta/ pacjentki zakończono leczenie przyczynowe.

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ORZECZENIE LEKARSKIE

Dla pacjenta kierowanego do hospicjum

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.

I. Imię i nazwisko chorego

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

Data i miejsce urodzenia

Dokładny adres

Telefon kontaktowy

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

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

III. Weryfikacja histopatologiczna

.....

IV. 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

.....

.....

V. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

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

.....
.....

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

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

.....

VII. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym, oraz deklaracja wyboru hospicjum i dowód ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia