

WYWIAD CHOROBOWY DO KWALIFIKACJI

Poradnia Leczenia Obrzęku Limfatycznego TPCh Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

nazwisko i imię _____ PESEL _____ tel. _____

lokalizacja obrzęku: kończyna górna kończyna dolna klatka piersiowa brzuch głowa lub szyja
strona prawa strona lewa obustronny uogólniony _____

czas trwania: dni tygodnie (ile?) _____ miesiące (ile?) _____ lata (ile?) _____

zaawansowanie: przemijający stały/miękki/plastyczny stały/elastyczny twardy olbrzymi
nie zmienia się w ostatnich tygodniach stopniowo narasta szybko narasta

wygląd skóry: niezmieniona przebarwienia wygładzenie fałdów brodawki łuszczenie
zanik włosów blizny wyciek płynu owrzodzenie poszerzone naczynia

dolegliwości: nie występują ból dyskomfort ciężar mrowienie/drętwienie/pieczenie
rozpiekanie/ściskanie osłabienie inne (jakie?) _____

możliwe przyczyny: operacja (jaka? kiedy?) _____

dołączyć dokumenty uraz (jaki? kiedy?) _____
przebyty nowotwór aktywny nowotwór żylaki nadwaga/otyłość
zapalenie skóry (kiedy?) _____ inne (jakie?) _____

wykonane badania: USG naczyń wskaźnik kostka/ramię limfoscyntygrafia
dołączyć wyniki inne (jakie?) _____

przebyte leczenie: bandażowanie masaż pneumatyczny drenaż ręczny (jakie?) _____
kiedy ostatnie? _____

choroby/leki: choroby serca _____
cukrzyca/neuropatia _____
choroby tarczycy _____

wymień pozostałe _____
choroby i leki _____

poziom sprawności możliwa pełna aktywność, niewielkie oznaki choroby
normalna aktywność niemożliwa, istotne oznaki choroby
prace domowe niemożliwe, konieczna sporadyczna pomoc w samoobsłudze
przeważnie siedzący/leżący, konieczna codzienna pomoc
w większości czynności zależny od pomocy
całkowicie zależny od opieki

Czy Chory(-a) jest w stanie zgłaszać się do Poradni? samodzielnie z pomocą tylko transportem med. nie

Czy Chory(-a) zgadza się na bandażowanie kończyny przez całą dobę o ile będą takie zalecenia? tak nie

Jest dostępna osoba, mogąca się uczyć bandażowania i aby samodzielnie bandażować pacjenta? tak nie

Czy Chory(-a) jest w stanie pokrywać koszty zaleconych produktów uciskowych (bandaże, rękawy)? tak nie

data: _____ podpis/pieczęć osoby wypełniającej: _____

Wypełnia lekarz kierujący lub pacjent. Wypełniony druk (wraz z wynikami wskazanych wyżej badań dodatkowych) należy dostarczyć do sekretariatu Hospicjum, ul. Fatimska 17, fax: 12 6414659 lub e-mail: sekretariat@hospicjum.org