

SKIEROWANIE (zaznacz jedną opcję)

do Poradni Medycyny Paliatywnej do Hospicjum Domowego dla Dorosłych
 do Hospicjum Stacjonarnego / Oddziału Medycyny Paliatywnej

pieczęć instytucji kierującej

tel. do lekarza kierującego: _____

Chory _____ Pesel _____

zam. _____ obecnie przebywa _____ tel. _____

PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ - specjalistyczne konsultacje chorych dotyczące leczenia objawów związanych z zaawansowaną chorobą

HOSPICJUM DOMOWE - domowa opieka hospicyjna: interdyscyplinarna opieka medyczna nad chorym z zaawansowaną, postępującą i nieuleczalną chorobą

HOSPICJUM STACJONARNE - opieka hospicyjna na oddziale Hospicjum dla chorych głównie u kresu życia, niemogących przebywać w domu

UWAGA! Wystawienie i rejestracja skierowania nie są jednoznaczne z objęciem opieką - o przyjęciu decyduje lekarz przyjmujący po zbadaniu pacjenta.

tel. do opiekuna: _____

**Wyrażam zgodę na objęcie
opieką paliatywną i hospicyjną:**

UŚWIADOMIONA ZGODA CHOREGO

Rozpoznanie najbardziej ograniczające prognozę chorego

świadczona gwarantowane dla: B20-24 C00-D48 G09-13 i 35 I42-42 J96 L89

Liczba hospitalizacji z tego powodu w ostatnich 6 mies

_____ ICD-10 _____

W przypadku rozp. nowotworu - lokalizacja przerzutów:

Gdzie się podejrzewa rozsiew npl?

Kwalifikuje się do leczenia modyfikującego przebieg choroby
ww. leczenie niemożliwe, wskazane postępowanie objawowe

data kolejnej kons. onkol.: _____

Pozostałe istotne rozpoznania

Przebieg w ostatnim miesiącu

Obecne patogeny alarmowe - gdzie i jakie?

Na jakim etapie choroby jest pacjent obecnie?

dosyć stabilnym, z prognozą przeżycia w latach systematycznie pogarszającym się, z prognozą przeżycia w tygodniach

niestabilnym, z prognozą liczoną miesiącami w ostatnich dniach życia

Aktualne leczenie - nazwy, dawki; dla steroidu/antybiotyku od kiedy?

Wymień objawy i dolegliwości, które POMIMO ZASTOSOWANEGO LECZENIA aktualnie w dalszym ciągu się utrzymują:

niedrożność p pok silny niepokój ruchowy z omamami i dezorientacją nasiloną duszność ciężka biegunka

nasilone wymioty z nadciśn śródczasz. z żyły głównej górnej ucisk rdzenia krę silny (>5/10) ból

Stopień wydolności fizycznej (wg Palliative Performance Scale) wybierz jedną opcję:

80% zwykle czynności z wysiłkiem 50% część. zależny, siedzący-leżący 30% całkowicie zależny ↓odżywiania

60% sporadyczna pomoc w obsłudze 40% zależny w dużym st., leżący 20% zdolny wypić niewielkie ilości

10% możliwe jedynie zwilżanie ust

Aktualnie obecne objawy, wyniki badań biochemicznych oraz obecność i stan odleżyn

wyniszczenie nietrzymanie stolca zaburzenie połykania

nietrzymanie moczu zaawansowane obrzęki zaawansowane otępienie

leukocytoza kreatynina albumina sur liczba odleżyn zakażonych

hemoglobina mocznik sur CRP najbardziej zaawans. w skali EPUAP (I-IV)

Czynniki utrudniające pobyt chorego w domu, uwagi

_____ data

_____ podpis i pieczęć lekarza kierującego

_____ nr prawa wyk. zawodu