

Uzupełnienie skierowania lekarskiego do opieki w Hospicjum

Do wypełnienia przez opiekunów chorego w celu usprawnienia wstępnej kwalifikacji do przyjęcia:

Nazwisko i imię pacjenta(-tki) _____

1. Czy pacjent(-ka) korzysta z **domowych wizyt lekarskich**? tak nie

2. Czy opiekunowie radzą sobie z **czynnościami pielęgnacyjnymi**? tak nie
(np. z karmieniem, myciem, zmianami opatrunków, itp.)

3. W jakim stopniu jest chory sprawny (można zaznaczyć kilka opcji ilustrujących obecny stan):

- możliwa jest **normalna aktywność** chorego, jednak z widocznym wysiłkiem
- konieczna jest **okazjonalna pomoc** choremu w samoobsłudze
- konieczna jest **codzienna pomoc** choremu w samoobsłudze
- chory jest zależny od pomocy **w większości aktywności**
- chory jest **całkowicie leżący i całkowicie zależny** od opieki
- chory jest zdolny przyjmować jedynie **minimalne ilości pożywienia lub płynów**

4. Wymień występujące obecnie **główne OBJAWY I PROBLEMY** oraz ich nasilenie:

5. Podaj **LEKI aktualnie przyjmowane** przez pacjenta(-kę) - wymień możliwie wszystkie:

6. W przypadku nowotworu – czy są **plany LECZENIA ONKOLOGICZNEGO**? gdzie? kiedy?

7. Czy Państwa zdaniem **jest możliwa opieka nad chorym w domu**?- wymień trudności:

8. Jakie są Państwa **OCZEKIWANIA** dotyczące opieki Hospicjum?

data _____ podpis opiekuna chorego _____

Opieka w Hospicjum Domowym jest uzupełnieniem leczenia objawów trudnych do opanowywania przez lekarza rodzinnego. Opieka w Hospicjum Stacjonarnym - gdy nie jest możliwa opieka domowa.