



Jednostka

Kierująca

(pieczęć) data skierowania:

Dane Pacjenta:

Imię i Nazwisko PESEL

Adres

Przebywa obecnie:

Dane Opiekuna:

Imię i Nazwisko stopień pokrewieństwa

Adres Tel. kontaktowy

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym w Szpitalu Specjalistycznym w Jędrzejowie

Data i podpis Chorego

Informacje o stanie zdrowia i dotychczasowym przebiegu choroby

(proszę wypełnić w oparciu o aktualny stan kliniczny i dołączyć kopie dokumentacji medycznej)

Rozpoznanie podstawowe – kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej - w przypadku nowotworu wpisać
wynik badania his-pat

..... ICD 10

Pozostałe rozpoznania

Narządy, w których potwierdzono obecność przerzutów nowotworowych:

Dalsze leczenie onkologiczne (proszę zaznaczyć „X”

TAK (daty i rodzaj planowanej terapii)

NIE zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego

Wnioskujący leczy Chorego od: dni , tygodni , miesięcy , lat .

Chory: leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

Ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty , zaparcia ,
wodobrzusze , zespół splątaniowy , obrzęki , rany , owrzodzenia .

Odleżyny: NIE , TAK (lokalizacja)

Aktualnie stosowane leki (nazwy, dawki):

Czy Chory jest świadomy rozpoznania? TAK , NIE .

Czy Chory zna rokowanie? TAK , NIE .

Termin uzgodnionego przyjęcia:

Uwagi:

Data: Pieczętka i podpis lekarza kierującego: