

ORZECZENIE LEKARSKIE

dla pacjenta kierowanego

do **HOSPICJUM STACJONARNEGO GRUPA ZDROWIE Główno**

I. Imię i nazwisko

PESEL

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie z kodem wg. ICD 10 i weryfikacja histopatologiczna:

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

III. Dotychczasowe leczenie onkologiczne

.....
.....

Data zakończenia leczenia przyczynowego.....

Stosowane leki i ich dawkowanie

.....
.....

Stosowane środki przeciwbólowe i ich dawkowanie

.....
.....

Stosowane pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK / NIE*

Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu*? * właściwe zakreślić

Leki podawane przez w/w i ich dawkowanie

.....

Czy jest nosicielem patogenów alertowych? TAK/NIE* ostatnie wyniki posiewów.....

.....

IV. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

stan ogólny: logiczny kontakt słowny:.....

chory leżący , siedzący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

Najbardziej uciążliwe objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , wyniszczenie , kaszel , biegunka , wymioty ,
zaparcia , wodobrzusze , świąd , uporczywa czkawka , zespół splątaniowy , obrzęki , rany ,
owrzodzenia , płyny w jamach ciała , zaburzenia połykania

odleżyny: TAK , NIE (lokalizacja).....

a) wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania, mogą być
ujęte w karcie informacyjnej z innego podmiotu leczniczego.

.....
.....

b) stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego

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

**V. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej dane opiekuna prawnego wraz z kopią postanowienia sądu,
a w przypadku osoby chorej bez możliwości nawiązania kontaktu, nazwisko i imię osoby udzielającej
wywiadu tj. opiekuna faktycznego**

.....

**VI. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest zgoda na umieszczenie w hospicjum
podpisana przez pacjenta (w przypadku pacjenta świadomego), opiekuna prawnego lub opiekuna
faktycznego w przypadku osoby z brakiem kontaktu, ewentualnie posiadanie zgody wyrażonej przez sąd.**

**Przeciwwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: nie zakończone leczenie przyczynowe, choroby
zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej
się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia. W przypadku przyjmowania leków
psychotropowych, chorób i zaburzeń psychicznych wymagana konsultacja psychiatryczna**

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Pieczęć podmiotu leczniczego

Miejscowość i data,