

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM „POMNIK MIASTU OŚWIĘCIM”  
HOSPICJUM STACJONARNE**

Kieruję Pana/Panią ..... PESEL .....

Adres zamieszkania.....

Opiekun..... TEL.....

Rozpoznanie (schorzenie kwalifikujące pacjenta do skierowania do hospicjum stacjonarnego jest nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, wynik hist.-pat.):

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

Przebieg kliniczny.....

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

Pozostałe istotne rozpoznania.....

Planowane leczenie onkologiczne .....

.....

**WYNISZCZENIE: TAK / NIE; DUSZNOŚĆ SPOCZYNKOWA: TAK / NIE; ODLEŻYNY: TAK / NIE; OBRZĘKI: TAK / NIE;  
WODOBRZUSZE: TAK / NIE; PRZEWLEKŁA BIEGUNKA: TAK / NIE; CECHY ODWODNIENIA: TAK / NIE;  
ZABURZENIA ODŻYWIANIA: TAK / NIE; DOLEGLIWOŚCI POMIMO LECZENIA: BÓL TAK / NIE; DUSZNOŚĆ: TAK /  
NIE; WYMIOTY: TAK / NIE; SPLĄTANIE TAK / NIE; INNE:.....**

**AKTUALNE LECZENIE (nazwy, dawki) .....**

.....

**CZYNNIKI UTRUNIAJĄCE POBYT CHOREGO W DOMU .....**

.....

**CZY CHORY JEST ŚWIADOMY ROZPOZNANIA? ..... PROGNOZY?.....**

**STOPIEŃ SPRAWNOŚCI WG PPS (ZAKREŚL): 80% ZWYKŁE CZYNNOŚCI Z WYSIŁKIEM / 60% SPORADYCZNA  
POMOC W SAMOOBSŁUDZE / 50% CZĘŚCIOWO ZALEŻNY, SIEDZĄCY-LEŻĄCY / 40% W DUŻYM STOPNIU  
ZALEŻNY, LEŻĄCY / 30% CAŁKOWICIE ZALEŻNY / 20% ZDOLNY WYPIĆ NIEWIELKI ILOŚCI / 10% MOŻLIWE  
JEDYNE ZWILŻANIE UST**

**Pieczęć i podpis lekarza kierującego**  
(dołączyć kopie dokumentacji medycznej)

**Pieczęć jednostki kierującej**