

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

Kieruję Pana/Panią Nazwisko Imiona 1. 2.
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Nazwisko rodowe..... PESEL
Adres zamieszkania
Seria i nr dowodu osobistego wydany przez

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.....
.....

**WYNI SZCZENIE: 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 UTRUDNIAJĄCE POBYT CHOREGO W DOMU

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

**STOPIEŃ SPRAWNOŚCI WG PPS (ZAKREŚL): 80% ZWYKŁE CZYNNOŚCI Z WYSIŁKIEM / 60%
SPORADYCZNA POMOC W SAMOBSŁUDZE / 50% CZĘŚCIWO ZALEŻNE SIEDZĄCY-LEŻĄCY / 40%
W DUŻYM STOPNIU ZALEŻNY, LEŻĄCY / 30% CAŁKOWICIE ZALEŻNY / 20% ZDOLNY WYPIĆ
NIEWIELKIE ILOŚCI / 10% MOŻLIWE JEDYŃIE ZWILŻANIE UST.**

Pieczęć i podpis lekarza kierującego
(dołączyć kopie dokumentacji medycznej)

Pieczęć jednostki kierującej