

Skierowanie do stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej

- I. Imię i nazwisko
- Seria i numer dowodu osobistego
- Data i miejsce urodzenia
- Dokładny adres
- Telefon kontaktowy
- PESEL

- II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10
-
-
-

- III. Weryfikacja histopatologiczna
-

- IV. Dotychczasowe leczenie onkologiczne/ specjalistyczne
-
-

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie dawki)

.....

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie)

.....

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK NIE

Czy chory ma wyłonioną stomię, przetokę, cewnik w pęcherzu? (właściwe podkreślić)

Przyjmowane leki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

a. wyniki badan rutynowych i dodatkowych, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki ochrony zdrowia, którą należy dołączyć do niniejszego skierowania

.....
.....

b. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego

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

c. choroby współistniejące

.....
.....

gruźlica	tak / nie
----------	-----------

narkomania	tak / nie
------------	-----------

choroby psychiczne	tak / nie
--------------------	-----------

choroby zakaźne	tak / nie
-----------------	-----------

Przeciwwskazaniem są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w stacjonarnym ośrodku opieki paliatywnej lub osób z jej otoczenia.

VI. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....
.....

VII. Nieodłącznym warunkiem niniejszego skierowania do oddziału jest wyrażenie świadomej zgody pacjenta na pobyt lub oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....

Podpis pacjenta