\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka jednostki kierującej Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA KWALIFIKOWANEGO DO PRZYJĘCIA**

**NA ODDZIAŁ MEDYCYNY PALIATYWNEJ W SZPITALU ŚREDZKIM**

**SERCA JEZUSOWEGO SP. Z O.O.**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko:……………………………………………………PESEL:…………………………...

Adres: …………………………………………………………………………………………………….

Obecne miejsce pobytu: ………………………………………………………………………………….

**DANE OPIEKUNA:**

Imię i nazwisko …………………………………………. Stopień pokrewieństwa: …………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………….

**ROZPOZNANIE PODSTAWOWE**

(kwalifikujące do leczenia na Oddziale Medycyny Paliatywnej):

…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….**ICD10:** …………

**POZOSTAŁE CHOROBY:**

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

**CHORY: leżący chodzący samodzielnie poruszający się z pomocą**

**OBJAWY NAJBARDZIEJ UCIĄŻLIWE DLA CHOREGO:**

ból duszność osłabienie brak apetytu zaparcia

biegunka wymioty rany owrzodzenia wodobrzusze

zaburzenia świadomości pobudzenie

**DALSZE LECZENIE ONKOLOGICNE**

TAK

Daty i rodzaj planowej terapii: …………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….

NIE Pacjent zdyskwalifikowany z leczenia onkologicznego

**CZY PACJENT MA ŚWIADOMOŚĆ SWOJEJ CHOROBY:**

TAK CZĘŚCIOWO NIE

**ODLEŻYNY:**

TAK NIE

(jeżeli tak, wypisać poniżej)

Lokalizacja: ………………………………………………………………………………………………

Wielkość (w cm): ………………………………………………………………………………………...

Stopień: …………………………………………………………………………………………………..

**CZY PACJENT I JEGO RODZINA ZOSTALI POINFORMOWANI O SPECYFICE ODDZIAŁU, NA KTÓRY CHORY JEST KIEROWANY?**

TAK NIE

**CZY CHORY WYRAZIŁ ZGODĘ NA LECZENIE NA ODDZIALE MEDYCYNY PALIATYWNEJ?**

TAK NIE

**AKTUALNIE STOSOWANE LEKI (NAZWY I DAWKI):**

…………………………………………… ……………………………………………...

…………………………………………… ………………………………………………

…………………………………………… ………………………………………………

…………………………………………… ………………………………………………

…………………………………………… ………………………………………………

…………………………………………… ………………………………………………

…………………………………………… ………………………………………………

…………………………………………… ………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka i podpis lekarza kierującego