

Pieczętka jednostki kierującej

Data: .....

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA KWALIFIKOWANEGO DO PRZYJĘCIA NA  
ODDZIAŁ OPIEKI HOSPICYJNO-PALIATYWNEJ W PUSZCZYKOWIE**

**DANE PACJENTA :**

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Adres: .....

Obecne miejsce pobytu: .....

**DANE OPIEKUNA:**

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

Adres: ..... Telefon: .....

**ROZPOZNANIE PODSTAWOWE**

(kwalifikujące do leczenia na Oddziale Opieki Paliatywno- Hospicyjnej):

.....  
.....

**ICD10:** .....

**POZOSTAŁE CHOROBY:**

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

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

**OBJAWY NAJBARDZIEJ UCIAŹLIWE DLA CHOREGO:**

Ból  duszność  osłabienie  brak apetytu  zaparcia  biegunka  wymioty   
rany  owrzodzenia  wodobrzusze  zaburzenia świadomości  pobudzenie

**DALSZE LECZENIE ONKOLOGICZNE**

Tak  Daty i rodzaj planowanej

terapii : .....

.....

.....

Nie  Pacjent zdyskwalifikowany z leczenia onkologicznego

**CZY PACJENT MA ŚWIADOMOŚĆ SWOJEJ CHOROBY :**

Tak  Częściowo  Nie

**ODLEŻYNY :**

Nie  Tak

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 PALIATYWNYM?**

Tak  Nie

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

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

Pieczątka i podpis lekarza kierującego