

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO HOSPICJUM STACJONARNEGO DLA OSÓB DOROSŁYCH**

**Ul. Pojezierska 45/51 91-338 Łódź**

1. Imię 2.Nazwisko 3.PESEL (w przypadku braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

4. Adres zamieszkania

|  |
| --- |
|  |

5. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

|  |
| --- |
|  |

6. Numer Telefonu do kontaktu

|  |
| --- |
|  |

7. Rozpoznanie wg ICD – 10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. Dotychczasowe leczenie PRZYCZYNOWE; (niepotrzebne skreślić\*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aktywna choroba nowotworowa z zakończonym leczeniem przyczynowym  |  | TAK\* | NIE\* |
| Wyczerpano wszystkie możliwości terapeutyczne leczenia przyczynowego |  | TAK\* | NIE\* |
| Dyskwalifikacja leczenia neurologicznego lub onkologicznego |  | TAK\* | NIE\* |
| Dyskwalifikacja z procesu diagnostycznego |  | TAK\* | NIE\* |
| Owrzodzenie odleżynowe IV i V stopień |  | TAK\* | NIE\* |
| Brak zgody pacjenta na leczenie – potrzebne oświadczenie pacjenta |  | TAK\* | NIE\* |

 Inne: Podpis lekarza

|  |
| --- |
|  |

 |

9. Aktualnie przyjmowane leki:

|  |
| --- |
|  |

10. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji

|  |
| --- |
| □ samodzielny □ przy pomocy □ utrudnienia w zakresie odżywiania □ higiena ciała □ oddawanie moczu □ oddawanie stolca □ przemieszczania pacjenta □ występowanie ran przewlekłych □ oddychanie wspomagane □ świadomość pacjenta Inne:  |

|  |
| --- |
|  |

Miejscowość, data Podpis lekarza

|  |
| --- |
|  |