

**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. Data

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

|  |
| --- |
|  |

7. Numer telefonu i imię i nazwisko osoby do kontaktu

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

9. Pytania dotyczące pacjenta (zaznacz właściwe\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gdzie pacjent przebywa? | SZPITAL (nazwa, oddział, data wypisu): kontakt telefoniczny | DOM: kontakt telefoniczny do lekarza kierującego  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. Dotychczasowe leczenie PRZYCZYNOWE: (zaznacz właściwe\*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aktywna choroba nowotworowa z zakończonym leczeniem przyczynowym  |  | 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\* |

  |

11. Aktualnie przyjmowane leki (nazwa, dawka, uczulenia):

|  |
| --- |
| Przeciwbólowe: Inne:**Przeciwskazania, UCZULENIA:** |

12. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji:

|  |  |
| --- | --- |
| Ruchomość pacjenta:* chodzący
* chodzący przy pomocy
* siedzący
* leżący

Utrudnienia w zakresie odżywiania:* jedzący samodzielnie
* produkty stałe
* produkty płynne
* zgłębnik nosowo – żołądkowy (NG) - sonda
* zgłębnik nosowo – jelitowy (NJ) - sonda
* przezskórna gastrostomia endoskopowa (PEG)
* żywienie pozajelitowe

 Świadomość pacjenta:* kontakt
* kontakt ograniczony
* brak kontaktu

Oddawanie moczu:* samodzielne
* pampers
* cewnik do pęcherza
* nefrostomia
 | Odleżyny (jeżeli "tak" to - stopień, lokalizacja, zdjęcia):* nie
* tak
* konsultacja chirurgiczna

..................................................................................... Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia* Ból
* Duszność
* Osłabienie
* Biegunka
* Wymioty
* Zaparcia
* Wodobrzusze
* Zespół splątaniowy
* Obrzęki
* Rany
* Owrzodzenia

Uwagi: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Miejscowość, data Podpis lekarza