**Załączniki do Karty Kwalifikacyjnej :**

* **Obraz zawierający tekst, clipart

  Opis wygenerowany automatycznieSKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO (2184 kod resortowy) na schorzenie kwalifikujące do objęcia opieką hospicyjną,**
* **Kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie choroby (do 6 miesięcy wstecz),**
* **Kopia dokumentacji medycznej z aktualnym stanem zdrowia pacjenta (do 7 dni wstecz – badania krwi, aktualne konsultacje),**
* **Skan Dowodu osobistego, Skan Dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie pacjenta.**

**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)

|  |
| --- |
|  |

6. Numer telefonu i imię i nazwisko osoby do kontaktu

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

8. Pytania dotyczące pacjenta (zaznacz właściwe\*)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. 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\* | |

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

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

11. 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