ORZECZENIE LEKARSKIE

dla pacjenta kierowanego do Hospicjum

 Przeciwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się
o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.

**I.** Imię i nazwisko…………………………………………………………………………...

Seria i numer dowodu osobistego……………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………………..

Dokładny adres……………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy………………………………………………………………………….

**II.** Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna

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

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

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

**III.** Dotychczasowe leczenie onkologiczne…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Stosowane środki przeciwbólowe ( jakie, dawki )………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze ( jakie? )…………

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

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK/NIE ⃰

Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu? ( *właściwe podkreślić* )

**IV.** Czy chory jest leczonyżywieniowo? TAK/NIE (*właściwe podkreślić).*

Chory żywiony jest dojelitowo/pozajelitowo (*właściwe podkreślić)* preparatem …………………….......................

**UWAGA!** W przypadku, gdy chory jest żywiony dojelitowo lub pozajelitowo proszę dołączyć kopię **karty kwalifikacji do leczenia żywieniowego**.

Przyjmowane leki……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

**V.** Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

1. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania ( mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia).

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. stan obecny chorego

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

…………………………………………………………………………………………………

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

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

**VI.** W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania

kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu oraz stopień pokrewieństwa z badanym.

…………………………………………………………………………………………………

**VII**. **Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest** **podpisanie przez chorego, rodzinę lub osobę opiekującą się chorym zgody na leczenie hospicyjne**

**( zał. Nr 1).**

**VIII.** Lekarz kierujący poinformował pacjenta i rodzinę o zakończeniu leczenia przyczynowego i zasadach leczenia objawowego w hospicjum. TAK/NIE

Data………………………………….. ……………………………………….

 Podpis i pieczęć lekarza kierującego

 ………………………………………

 Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia