|  |
| --- |
| **Orzeczenie lekarskie****dla pacjenta kierowanego do hospicjum stacjonarnego** |

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

|  |
| --- |
| **Dane pacjenta** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Adres miejsca zamieszkania |  |
| Numer telefonu kontaktowego |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 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 moczowym |
| Przyjmowane leki | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego orzeczenia (mogą być ujęte w karcie informacyjnej) | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Aktualny stan chorego | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Dotyczy osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu** |
| Imię i nazwisko osoby udzielającej wywiadu  |  |
| stopień pokrewieństwa z badanym |  |

|  |
| --- |
| **Uwaga:** nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest podpisanie przez chorego, rodzinę, lub osobę opiekującą się chorym zgody na leczenie hospicyjne **(załącznik**) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lekarz kierujący poinformował pacjenta i rodzinę o zakończeniu leczenia przyczynowego i zasadach leczenia objawowego w hospicjum | TAK | NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data | Pełna pieczęć podmiotu leczniczego | Podpis i pieczęć lekarza kierującego |