

SKIEROWANIE DO DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ / ODDZIAŁU OPIEKI PALIATYWNEJ

Pan/Pani PESEL:

Leczony z powodu:

.....
.....
.....

(Proszę podać zaawansowanie – miejscowe, regionalne, przerzuty odległe)

- Po zakończonym leczeniu onkologicznym
- zdyskwalifikowany od leczenia onkologicznego
- W trakcie leczenia onkologicznego - o charakterze paliatywnym / radykalnym

Chory :

- samodzielny
- wymaga nadzoru / opieki, częściowo samodzielny
- leżący, wymaga ciągłej opieki i pomocy przy wszystkich czynnościach życiowych
- główne problemy

(ból, duszność, wodobrzusze, wymioty, inne)

Obecnie nad chorym opiekę sprawuje:

.....
.....

Pacjent został poinformowany o objawowym charakterze leczenia w Hospicjum i wyraża na nie zgodę

TAK NIE

Chory nieprzytomny, rodzina/opiekunowie zostali poinformowani o objawowym charakterze leczenia w Hospicjum

i wyrażają na nie zgodę TAK NIE

Proszę załączyć kopie dokumentacji medycznej – potwierdzającej rozpoznanie i zaawansowanie, oraz dotychczasowe leczenie (w przypadku chemioterapii wystarczy dokumentacja ostatniego cyklu), również ostatniej konsultacji onkologicznej jeśli posiada).

.....

Lekarz kierujący

.....

osoba do kontaktu celem ustalenia terminu przyjęcia (tel.)