

**SKIEROWANIE DO DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ / ODDZIAŁU OPIEKI PALIATYWNEJ\***

Pan/Pani .....PESEL:.....

Leczony z powodu:

Rozpoznanie główne ( kod ICD10).....  
.....  
.....

(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).

.....