

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

SKIEROWANIE DO DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ / ODD ZIAŁU OPIEKI PALIATYWNEJ

Pan/Pani PESEL:.....

Leczony z powodu:

.....
.....

(Proszę podać zaawansowanie – miejscowe, regionalne, przerzuty od ległe)

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).

Data.....

.....

Lekarz kierujący

osoba do kontaktu celem ustalenia terminu przyjęcia (tel.)