

Data



KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO HOSPICJUM STACJONARNEGO DLA OSÓB DOROSŁYCH

1. Imię

2. Nazwisko

3. Pesel

--	--	--

4. Adres zamieszkania, adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

--

5. Imię i nazwisko osoby do kontaktu ( pokrewieństwo ) i numer telefonu

--	--

6. Rozpoznanie wg ICD- 10 ( choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

	ICD
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

7. Data i wynik badania histopatologicznego: .....

.....  
.....

8. Dotychczasowe leczenie PRZYCZYNOWE (zaznacz właściwe\*)

Aktywna choroba nowotworowa z zakończonym leczeniem przyczynowym	TAK*	NIE*
Dyskwalifikacja leczenia neurologicznego lub onkologicznego	TAK*	NIE*
Dyskwalifikacja z procesu diagnostycznego	TAK*	NIE*
Owrzodzenie odleżynowe IV i V stopień	TAK*	NIE*
Brak zgody Pacjenta na leczenie – potrzebne oświadczenie Pacjenta	TAK*	NIE

9. Aktualnie przyjmowane **LEKI (NAZWA, DAWKA)**, uczulenia:

Przeciwbólowe: 1. 2. 3. 4. 5. 6.  Przeciwwskazania, UCZULENIA:	Inne: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.
--	---

10. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji:

Ruchomość pacjenta: <input type="checkbox"/> chodzący <input type="checkbox"/> chodzący przy pomocy..... <input type="checkbox"/> siedzący <input type="checkbox"/> leżący  Utrudnienia w zakresie odżywiania: <input type="checkbox"/> jedzący samodzielnie <input type="checkbox"/> produkty stałe <input type="checkbox"/> produkty płynne <input type="checkbox"/> zgłębnik nosow-żołądkowy (NG) sonda <input type="checkbox"/> przezskórna gastrostomia endoskopowa (PEG)  Świadomość pacjenta: <input type="checkbox"/> kontakt logiczny <input type="checkbox"/> kontakt ograniczony <input type="checkbox"/> brak kontaktu  Oddawanie moczu: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> pieluchomajtki <input type="checkbox"/> cewnik do pęcherza (data założenia) <input type="checkbox"/> nefrostomia: L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>  OBECNOŚĆ PATOGENÓW ALARMOWYCH (NAZWA, LECZENIE , OD KIEDY?) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ..... .....	Odleżyny (jeżeli „tak” to zdjęcia): <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – lokalizacja.....  <input type="checkbox"/> stopień..... Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia <input type="checkbox"/> Ból <input type="checkbox"/> Duszność <input type="checkbox"/> Osłabienie <input type="checkbox"/> Biegunka <input type="checkbox"/> Wymioty <input type="checkbox"/> Zaparcia <input type="checkbox"/> Wodobrzusze <input type="checkbox"/> Zespół splątaniowy <input type="checkbox"/> Obrzęki <input type="checkbox"/> Rany <input type="checkbox"/> Owrzodzenia <input type="checkbox"/> Bezsensowność Uwagi:
---	---

Miejscowość, data

.....

Podpis lekarza

.....