

Pieczętka jednostki kierującej

Data _____

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA KWALIFIKOWANEGO
DO PRZYJĘCIA NA ODDZIAŁ MEDYCYNY PALIATYWNEJ
W SZPITALU ŚREDZKIM SERCA JEZUSOWEGO SP. Z O.O.**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:..... PESEL:

Adres:

Obecne miejsce pobytu:

DANE OPIEKUNA:

Imię i nazwisko Stopień pokrewieństwa:

Adres:

Telefon:

ROZPOZNANIE PODSTAWOWE

(kwalifikujące do leczenia na Oddziale Medycyny Paliatywnej):

.....
.....

ICD10:

Data rozpoznania nowotworu

Data rozpoznania nowotworu wtórnego

Wynik badania histopatologicznego

Stopień zaawansowania nowotworu złośliwego

POZOSTAŁE CHOROBY:

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

CHORY: leżący chodzący samodzielnie poruszający się z pomocą

OBJAWY NAJBARDZIEJ UCIAŹLIWE DLA CHOREGO:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ból | <input type="checkbox"/> duszność | <input type="checkbox"/> osłabienie | <input type="checkbox"/> brak apetytu | <input type="checkbox"/> zaparcia |
| <input type="checkbox"/> biegunka | <input type="checkbox"/> wymioty | <input type="checkbox"/> rany | <input type="checkbox"/> owrzodzenia | <input type="checkbox"/> wodobrzusze |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia świadomości | <input type="checkbox"/> pobudzenie | | | |

DALSZE LECZENIE ONKOLOGICNE

TAK

Daty i rodzaj planowej terapii:

.....

.....

NIE

Pacjent zdyskwalifikowany z leczenia onkologicznego

CZY PACJENT MA ŚWIADOMOŚĆ SWOJEJ CHOROBY:

TAK

CZĘŚCIOWO

NIE

ODLEŹYNY:

TAK

NIE

(jeżeli tak, wypisać poniżej)

Lokalizacja:

Wielkość (w cm):

Stopień:

**CZY PACJENT I JEGO RODZINA ZOSTALI POINFORMOWANI O SPECYFICE
ODDZIAŁU, NA KTÓRY CHORY JEST KIEROWANY?**

TAK

NIE

**CZY CHORY WYRAZIŁ ZGODĘ NA LECZENIE NA ODDZIALE MEDYCyny
PALIATYWNEJ?**

TAK

NIE

AKTUALNIE STOSOWANE LEKI (NAZWY I DAWKI):

| | |
|-------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Pieczętka i podpis lekarza kierującego