

Skierowanie do Hospicjum Domowego Caritas im. św. Matki Teresy z Kalkuty

Imię i nazwisko Chorego PESEL.....
zam obecnie przebywa.....
tel*
osoba z rodziny do kontaktu pokrewieństwo.....
adres tel*
HOSPICJUM DOMOWE - opieka hospicyjna dla chorych u kresu życia, świadczona w miejscu zamieszkania pacjenta

Rozpoznanie podstawowe - kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej - w przypadku nowotworu wpisać
wynik badania his-pat

..... ICD 10

Pozostałe rozpoznania

.....
.....

Narządy, w których potwierdzono obecność przerzutów nowotworowych:

.....
.....

Aktualny stan zdrowia

Chory: leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty , zaparcia ,
wodobrzusze , zespół splątaniowy , obrzęki , rany , owrzodzenia .

Odleżyny: TAK , NIE (lokalizacja).

.....
.....

Czy u Chorego prowadzone jest leczenie przeciwbólowe?: TAK , NIE

Czy Chory jest świadomy rozpoznania? TAK , NIE .

Czy Chory zna rokowanie? TAK , NIE .

Podstawowa Opieka Zdrowotna świadczona przez: (nazwa podmiotu i lokalizacja)

Uwagi:

Oświadczam, że u pacjenta zostało zakończone leczenie przyczynowe.



Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego Caritas Diecezji Kieleckiej

.....
data, pieczętka i podpis lekarza

* Informujemy, że podanie numeru telefonu Pacjenta i/lub osoby z rodziny jest dobrowolne, jednak niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skontaktowania się przez personel medyczny.