# ORZECZENIE LEKARSKIE

dla pacjenta kierowanego

do **HOSPICJUM STACJONARNEGO GRUPA ZDROWIE Głowno**

**I**. Imię i nazwisko ...............................................................................................................

PESEL .........................................................................................

Data i miejsce urodzenia ................................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu .................................................................................................................................................

**II.** Aktualne rozpoznanie lekarskie z kodem wg. ICD 10 i weryfikacja histopatologiczna: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III.** Dotychczasowe leczenie onkologiczne ......................................................................................................... ............................................................................................................................................................................

**…**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

Data zakończenia leczenia przyczynowego…………… …………………………………………………………………………………….

Stosowane leki i ich dawkowanie …………………………………………………………………………………………………….…………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

Stosowane środki przeciwbólowe i ich dawkowanie ......................................................................................... ............................................................................................................................................................................

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

Stosowane pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze ........................................................................ ............................................................................................................................................................................

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK / NIE\*

Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu\*? \* właściwe zakreślić

Leki podawane przez w/w i ich dawkowanie ............................................................................................................................................................................Czy jest nosicielem patogenów alertowych? TAK/NIE\* ostatnie wyniki posiewów……………………………………….. ............................................................................................................................................................................

**IV**. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

stan ogólny: ……..……………………………………………………. logiczny kontakt słowny:…………………………………………….

chory leżący □, siedzący □, chodzący samodzielnie □, chodzący z pomocą □.

Najbardziej uciążliwe objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból □, duszność □, osłabienie □, brak apetytu □, wyniszczenie □, kaszel □, biegunka □, wymioty □,

zaparcia □, wodobrzusze □, świąd □, uporczywa czkawka □, zespół splątaniowy □, obrzęki □, rany □, owrzodzenia □, płyny w jamach ciała □, zaburzenia połykania □

odleżyny: TAK □, NIE □ (lokalizacja)…………………………………………………………………………………………………………..

1. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z innego podmiotu leczniczego.

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

b) stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego ............................................................. ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**V**. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej dane opiekuna prawnego wraz z kopią postanowienia sądu, a w przypadku osoby chorej bez możliwości nawiązania kontaktu, nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu tj. opiekuna faktycznego

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

**VI**. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest zgoda na umieszczenie w hospicjum podpisana przez pacjenta (w przypadku pacjenta świadomego), opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego w przypadku osoby z brakiem kontaktu, ewentualnie posiadanie zgody wyrażonej przez sąd.

**Przeciwwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: nie zakończone leczenie przyczynowe, choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia. W przypadku przyjmowania leków psychotropowych, chorób i zaburzeń psychicznych wymagana konsultacja psychiatryczna**

Podpis i pieczęć lekarza kierującego Pieczęć podmiotu leczniczego

Miejscowość i data, ………………………………………………………………….

miejscowość i data , ..........................................................

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

imię i nazwisko pacjenta

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

adres zamieszkania

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

Pesel

**Z G O D A PACJENTA**

wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez

**HOSPICJUM STACJONARNE GRUPA ZDROWIE Głowno**

**Ul. Wojska Polskiego 32/34, 95-015 Głowno**

Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z hospicjum

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

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

Czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego

lub faktycznego w przypadku braku kontaktu z pacjentem

W przypadku zgody sądu na umieszczenie pacjenta w hospicjum zgoda nie jest wymagana, należy dołączyć prawomocne postanowienie sądu.

Pieczęć podmiotu kierującego z numerem umowy z NFZ

...............................,dnia............................r

 **SKIEROWANIE DO HOSPCJUM STACJONARNEGO**

Kieruję Pana / Panią...............................................................................................lat..........................

adres...................................................................................................................................................

PESEL …………………........................................... telefon...........................

do **HOSPICJUM STACJONARNEGO** w Głownie ul. Wojska Polskiego 32/34

Rozpoznanie....................................................................................................................................................................................

 w języku polskim

..........................................................................................................................................................kod(ICD 10)...........................

Termin uzgodnionego przyjęcia..........................................................................................................

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

  pieczątka i podpis lekarza

**......................................................................................................................................**

pieczęć hospicjum

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

 (miejscowość, data)

Data zgłoszenia się ze skierowaniem..............................................

Termin przyjęcia do hospicjum:...........................................................

**Informacja dla lekarza kierującego w przypadku odmowy przyjęcia do hospicjum**

Pacjent.............................................................................................

(imię i nazwisko)

Data ur. ...................................

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia: .............................................................................................

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

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

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

czytelny podpis i pieczątka lekarza