

**KARTA ZGŁOSZENIA DO OPIEKI PALIATYWNO -HOSPICYJNEJ
W ZAMOJSKIM SZPITALU NIEPUBLICZNYM Sp. z o.o.**

- Oddział Medycyny Paliatywnej
 Hospicjum Domowe
 Poradnia Medycyny Paliatywnej

OŚWIADCZENIE OSOBY BLISKIEJ OPIEKUJĄCEJ SIĘ CHORYM

Wiem, że:

- celem leczenia paliatywnego jest zmniejszenie lub wyeliminowanie dolegliwości i zapewnienie opieki;
- rozpoznanie jest ustalone i obecnie nie ma potrzeby wykonywania dalszych badań diagnostycznych dla ponownego ustalenia rozpoznania;
- badania w oddziale to jedynie takie, które mają wpływ na sposób leczenia;
- leczenie prowadzone w oddziale zmierzać będzie do wyeliminowania uciążliwych objawów choroby i zapewnienie jak najlepszej opieki;
- w oddziale nie prowadzi się leczenia z zastosowaniem metod sztucznie podtrzymujących życie.

.....
Data i podpis pacjenta/opiekana/ stopień pokrewieństwa.

DANE CHOREGO :

Imię i nazwisko **PESEL:**.....

1. Telefon do kontaktu:

2. Adres zamieszkania.....

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania)

3. Osoba opiekująca się chorym :..... **telefon**.....

4. Z kim chory zamieszkuje ? :.....

5. Gdzie obecnie chory przebywa ?.....

6. Rodzaj choroby nowotworowej (w języku polskim):

7. Ewentualne przerzuty :

8. Choroby towarzyszące :

8. Dalsze leczenie onkologiczne (proszę zaznaczyć x)

Tak
(daty i rodzaj planowanej terapii)

Nie : zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego

9. Czy chory porusza się samodzielnie ? : Tak Slabo Nie

10. Czy w chwili zgłoszenia ból jest opanowany ? : Tak Slabo Nie

11. Stan chorego w chwili zgłoszenia : Dobry Pogarszający się Ciężki

12. Dolegliwości towarzyszące chorobie nowotworowej :

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty , zaparcia , wodobrzusze ,
obrzęki , rany , odleżyny , zaburzenia zachowania , zaburzenia snu zaburzenia połykania

13. Powód zgłoszenia do opieki paliatywnej

14. Czy chory wie o chorobie? Tak Nie

15. Czy wyraził zgodę na opiekę paliatywną? Tak Nie

Dotyczy osób zgłaszanych do Hospicjum domowego i Poradni Medycyny Paliatywnej

17. Czy chory korzysta z usług opieki domowej np: *hospicjum domowe, opieka pielęgniarska, długoterminowa, rehabilitacja w warunkach domowych, tlenoterapia w warunkach domowych.*

Tak Nie

18. Kto sprawuje nadzór nad chorym i stosowanym leczeniem w domu.....

19. Nazwa i adres POZ (lekarza rodzinnego) chorego

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej :

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej pacjenta do opieki paliatywnej