

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

AKTUALNE OBJAWY CHOROBY NOWOTWOROWEJ:

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 | | | |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie) | | | | |

DALSZE LECZENIE ONKOLOGICZNE

TAK

Daty i rodzaj planowej terapii:

NIE

Pacjent zdyskwalifikowany z leczenia onkologicznego

OPINIA LEKARZA ONKOLOGA Z OSTATNIEJ WIZYTY

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

CZY PACJENT MA ŚWIADOMOŚĆ SWOJEJ CHOROBY:

TAK

CZĘŚCIOWO

NIE

ODLEŻYNY:

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 MEDYCZYNY PALIATYWNEJ?

TAK

NIE

AKTUALNIE STOSOWANE LEKI (NAZWY I DAWKI):

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

Pieczętka i podpis lekarza kierującego