

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO HOSPICJUM
HOSPICJUM DOMOWE / ODDZIAŁ STACJONARNY***

CHORY _____ PESEL _____

ZAM. _____ TEL. _____

OPIEKUN _____ TEL. _____

ROZPOZNANIE (WYNIK HIST.-PAT.) _____

PRZEBIEG KLINICZNY _____

POZOSTAŁE ISTOTNE ROZPOZNANIA _____

PLANOWANE LECZENIE ONKOLOGICZNE _____

WYNISZCZENIE: TAK/NIE*; DUSZNOŚĆ SPOCZYNKOWA: TAK/NIE*; ODLEŻYNY:
TAK/NIE*; OBRZĘKI: TAK/NIE*; WODOBRZUSZE: TAK/NIE*; PRZEWLEKŁA
BIEGUNKA: TAK/NIE*; CECHY ODWODNIENIA: TAK/NIE*; ZABURZENIA
ODŻYWIANIA: TAK/NIE*;

DOLEGLIWOŚCI POMIMO LECZENIA: ból tak/nie*; duszność tak/nie*; wymioty tak/nie*;
splątanie tak/nie*; inne: _____

AKTUALNE LECZENIE (NAZWY, DAWKI) _____

CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE POBYT CHOREGO W DOMU _____

CZY CHORY JEST ŚWIADOMY ROZPOZNANIA? _____ PROGNOZY? _____

STOPIEŃ SPRAWNOŚCI WG PPS (ZAKREŚL): 80%ZWYKŁE CZYNNOŚCI Z WYSIŁKIEM /
60%SPORADYCZNA POMOC W SAMOOBSŁUDZE / 50%CZEŚCIOWO ZALEŻNE SIEDZĄCY-LEŻĄCY /
40%W DUŻYM STOPNIU ZALEŻNY, LEŻĄCY / 30%CAŁKOWICIE ZALEŻNY / 20%ZDOLNY WYPIĆ
NIEWIELKIE ILOŚCI / 10%MOŻLIWE JEDYŃNIE ZWILŻANIE UST

DATA, PODPIS I PIECZEŃ LEKARZA
(dołączyć kopie dokumentacji medycznej)

PIECZEŃ INSTYTUCJI KIERUJĄCEJ
*niepotrzebne skreślić