

Historia Choroby Hospicjum Domowe

1. Lekarz prowadzący _____	
2. Nazwisko i imię _____	Płeć M K
3. PESEL _____	
4. Miejsce i data urodzenia _____	
5. Miejsce zamieszkania: _____ Kod [_____] - [_____]	
6. Numer ubezpieczenia _____	
7. Nazwisko, imię, telefon opiekuna wskazanego przez chorego: _____	
8.1 Przyjęty/a dnia _____	8.2 Wypisany/a /zgon dnia: _____
9. Początek choroby: _____	
10. Rozpoznanie wg ICD - 10: _____	
11. Zgadzam się na proponowane leczenie i objęcie opieką przez Hospicjum Domowe St. Vincent Medical Center Data _____ Podpis _____	



ST.VINCENT
MEDICAL CENTER

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Data

Wywiad dotyczący choroby, będącej obecnie przyczyną skierowania do hospicjum (początek choroby, leczenie – chth, rth, hormonoterapia, chirurgia lub brak leczenia /czym spowodowany/, rozpoznanie hist-pat.,obecność przerzutów).

Leki przyjmowane dotychczas (dawki, ile razy na dobę).

Badanie:

stan ogólny

kontakt

ECOG (0-5)

skala bólu VAS (czego dotyczy ból)

konieczność stosowania krótkodziałających opioidów, ile razy w ciągu doby

RR

HR

sat

skóra

płuca

brzuch

KKD

pozostałe odchylenia

Zalecenia, recepty (w tym dawkowanie leków - odnośnie wprowadzenia lub modyfikacji stosowania leków p/bólowych z grupy opioidów, konieczne uzasadnienie wyboru, odnośnie recept – ilość opakowań oraz dawkowanie):

Biorąc pod uwagę stan pacjenta/pacjentki, stopień zaawansowania choroby, brak możliwości dalszego leczenia przyczynowego stwierdza że pacjent/pacjentka nie / został/a zakwalifikowany/a do leczenia objawowego w ramach hospicjum domowego.