

**SKIEROWANIE I WNIOSEK  
 O PRZYJĘCIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO WE WŁOSZCZOWIE**

**DANE PACJENTA:**

Nazwisko i Imię: ..... PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres: .....

Przebywa .....

**DANE OPIEKUNA:**

Nazwisko i Imię: ..... Stopień pokrewieństwa: .....

Adres: ..... Tel. kontaktowy: .....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym we Włoszczowie .....  
*Data i podpis chorego*

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA  
 I DOTYCHCZASOWYM PRZEBIEGU CHOROBY**

**(Prosimy wypełnić w oparciu o aktualny stan kliniczny i dołączyć kopie dokumentów medycznych)**

**Rozpoznanie podstawowe:** .....  
*kwalifikujące chorego do opieki hospicyjnej – w przypadku nowotworu załączyć wynik badania his-pat.*

<p><b>Dalsze leczenie onkologiczne</b></p> <p><input type="checkbox"/> NIE Zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego/  <input type="checkbox"/> TAK Data i rodzaj planowanej terapii:                  .....                  .....                  .....</p>	<p><b>Czy chory jest świadomy rozpoznania ?</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p> <p><b>Czy chory zna rokowania ?</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p> <p><b>Odleżyny:</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                  lokalizacja: .....                  .....                  .....</p>
<p><b>Wnioskujący leczy chorego od:</b>                  ..... dni, tygodni, miesięcy, lat*  <i>* niepotrzebne skreślić</i></p>	<p><b>Chory:</b> <input type="checkbox"/> leży <input type="checkbox"/> chodzący samodzielnie  <input type="checkbox"/> chodzący z pomocą</p>

**Najbardziej uciążliwe dla chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:**

ból  duszność  osłabienie  biegunka  brak apetytu  wymioty  zaparcia  
 obrzęki  rany  owrzodzenia  wodobrzusze  zespół splątaniowy

**Aktualnie stosowane leki:**

NAZWA	DAWKA	NAZWA	DAWKA