

Skierowanie do ośrodka stacjonarnego na krótkoterminową opiekę całodobową

- I. Imię i nazwisko
- Seria i numer dowodu osobistego
- Data i miejsce urodzenia
- Dokładny adres
- Telefon kontaktowy
- PESEL

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10

.....

.....

.....

III. Dotychczasowe leczenie specjalistyczne

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie)

.....

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK NIE

Czy chory ma wyłonioną stomię, przetokę, cewnik w pęcherzu? (właściwe podkreślić)

IV. Przyjmowane leki

.....

.....

V. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

a. Aktualne wyniki badań rutynowych i dodatkowych, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki ochrony zdrowia, którą należy dołączyć do niniejszego skierowania

.....

.....

b. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego

.....

.....

.....

C. choroby współistniejące

.....

.....

Jednoczesne leczenie ambulatoryjne lub szpitalne Tak / nie

gruźlica tak / nie

narkomania tak / nie

choroby psychiczne tak / nie

choroby zakaźne tak / nie

pacjent wymagający wentylacji mechanicznej i/ lub z niewydolnością krążenia

NYHA IV tak/nie

pacjent wymagający dializoterapii tak/nie

Przeciwwskazaniem do przyjęcia są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne (powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w stacjonarnym ośrodku lub osób z jej otoczenia), oraz taki stan chorego, który wymaga stałego nadzoru lekarskiego przez 24h/dobę (m.in. wentylacja mechaniczna) .

VI. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....

...

.....

...

Miejscowość i data.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza

.....

Pieczęć placówki kierującej

ZGODA PACJENTA/OPIEKUNA

Nieodłącznym warunkiem przyjęcia pacjenta do oddziału jest wyrażenie świadomej zgody pacjenta / rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.

Wyrażam zgodę na pobyt

..... na oddziale
stacjonarnym w „Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Pielęgnacyjno –
Rehabilitacyjno – Psychologicznego”

.....
podpis osoby kierowanej/
rodziny/opiekuna