

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
O STANIE ZDROWIA PACJENTA KIEROWANEGO  
DO HOSPICJUM DOMOWEGO**



**HOSPICJUM  
SOSNOWIECKIE**  
IM. ŚW. TOMASZA APOSTOŁA

pieczęć instytucji kierującej

**DANE PACJENTA**

imię i nazwisko

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

PESEL

ulica, numer domu / mieszkania

kod pocztowy i miejscowość

numer telefonu

Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10:

..... ..... .....
-------------------------

Weryfikacja histopatologiczna nowotworu, w przypadku braku podać przyczynę, np. brak możliwości pobrania materiału do badania, odstępianie od diagnostyki z uwagi na zły stan ogólny:

..... ..... .....
-------------------------

Stopień zaawansowania choroby (w przypadku nowotworu): klasyfikacja TNM lub inna:

..... ..... .....
-------------------------

Lokalizacja przerzutów lub inne przesłanki za aktywną, postępującą i nieuleczalną chorobą:

..... ..... .....
-------------------------

Planowane dalsze leczenie przyczynowe: **NIE**  **TAK**

..... ..... .....
-------------------------

**Występowanie następujących objawów:**

silny ból > 5/10 NRS

**TAK**  **NIE**

duszność

**TAK**  **NIE**

nasilone nudności/wymioty

**TAK**  **NIE**

uporczywe zaparcia

**TAK**  **NIE**

zespół żyły głównej górnej

**TAK**  **NIE**

zespół ucisku rdzenia kręgowego

**TAK**  **NIE**

wyniszczenie

**TAK**  **NIE**

niedrożność przewodu pokarmowego

**TAK**  **NIE**

zespół objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego

**TAK**  **NIE**

odleżyny: **NIE**  **TAK** , liczba odleżyn, miejsce, stopień:

..... ..... .....
-------------------------

Istotne pogorszenie stanu ogólnego w ciągu ostatnich 3 miesięcy w przebiegu choroby podstawowej?

TAK

NIE

Czy chory jest żywiony przez zgłębnik lub PEG?

TAK  NIE

Czy chory jest żywiony pozajelitowo?

TAK  NIE

Czy chory ma założone wkłucie centralne lub port naczyniowy?

TAK

NIE

Stosowane leki przeciwbólowe:

Inne przyjmowane leki:

Obecny stan pacjenta:

Istotne choroby współistniejące:

Czy przeprowadzono rozmowę z pacjentem i rodziną/opiekunami na temat zaawansowania choroby i rokowania?

TAK

NIE

Czy poinformowano pacjenta i rodzinę, że w ramach opieki hospicyjnej stosowane jest wyłącznie leczenie objawowe?

TAK

NIE

Czy pacjent wyraża zgodę na przyjęcie do Hospicjum Domowego?

TAK

NIE

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza kierującego

