

KARTA ZGŁOSZENIA DO OPIEKI - HOSPICJUM ŚW .FRANCISZKA

Data zgłoszenia :

DANE CHOREGO:

PESEL:

1. Imię i nazwisko: telefon:
2. Adres zameldowania:
(kod pod pocztowy, miejscowość) (ulica, numer domu i mieszkania)
3. Adres zamieszkania:
(kod pod pocztowy, miejscowość) (ulica, numer domu i mieszkania)
4. Osoba opiekująca się: telefon:
5. Numery telefonów:
6. Z kim chory zamieszkuje? (stosunek rodzinny do chorego):
7. Rodzaj choroby nowotworowej (w języku polskim, kod ICD-10):
8. Ewentualne przerzuty:
9. Choroby towarzyszące:
10. Czy chory porusza się samodzielnie? TAK \ SŁABO \ NIE.....
11. Czy przyjmuje leki przeciwbólowe? TAK \ NIE (jakie?).....
12. Czy w chwili zgłoszenia ból jest opanowany? TAK \ SŁABO \ NIE.....
13. Skala bólu 0 -10 :(0 brak bólu, 10 ból niewyobrażalnie silny).....
14. Stan chorego w chwili zgłoszenia: DOBRY \ POGARSZAJĄCY SIĘ \ CIĘŻKI
15. Dolegliwości towarzyszące chorobie nowotworowej : duszności TAK \ NIE, wymioty TAK \ NIE, odleżyny TAK \ NIE,
inne:.....
.....
16. Czy chory wie o chorobie? TAK \ NIE
17. Czy wyraził zgodę na opiekę hospicyjną? TAK \ NIE
18. Czy chory korzysta z usług innego hospicjum , zakładu opiekuńczo-medycznego , opieki długoterminowej :
NIE \ TAK (nazwa).....
19. Nazwa i adres poradni rodzinnej chorego:
20. Czy chory ma skierowanie do Hospicjum i przez kogo wydane? :.....
21. TYTUŁ ubezpieczenia: emeryt, renta rodzinna, renta pracownicza, MOPS (zasiłek), Urząd Pracy (zasiłek dla bezrobotnego), inne.....

DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres z kodem pocztowym:
3. Stosunek rodzinny do chorego:

UWAGI:.....
.....
.....

OPIEKA HOSPICYJNA to opieka zespołowa świadczona przez: lekarza, pielęgniarkę/pielęgniarza, rehabilitanta, wolontariuszy niemedycznych, psychologa oraz kapelana* (tylko w przypadku, gdy chory wyrazi na to zgodę).

1. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:

podpis osoby zgłaszającej.....