

OŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla Pacjenta kierowanego do Pododdziału Medycyny Paliatywnej

Przeciwskazaniem do umieszczenia w Pododdziale Medycyny Paliatywnej są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w pododdziale medycyny paliatywnej lub osób z jej otoczenia.

1. Imię i nazwisko.....
Seria i numer dowodu osobistego.....
Data i miejsce urodzenia.....
Dokładny adres

Telefon kontaktowy.....

2. Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna:

.....
.....
.....
.....

3. Dotychczasowe leczenie onkologiczne.....

.....

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie, dawki).....

.....
.....

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

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK..... NIE

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

Przyjmowane leki i dawki:

.....
.....
.....
.....

4. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

- a) wynik badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załączniki do niniejszego badania, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia.

.....
.....

- b) stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego.....

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....

6. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia