

SKIEROWANIE do Hospicjum Stacjonarnego w Głownie

tel. do lekarza kierującego:

pieczęć instytucji kierującej z umową NFZ

Chory _____ Pesel | | | | | | | | | | | | | | | |

zam. _____ obecnie przebywa:

HOSPICJUM STACJONARNE - opieka hospicyjna dla chorych głównie u kresu życia, niemogących przebywać w domu lub pobyt 10 dniowy odciążający opiekunów*
UWAGA! Wystawienie i rejestracja skierowania nie są jednoznaczne z objęciem opieką - o przyjęciu decyduje lekarz przyjmujący po zbadaniu pacjenta.

Rozpoznanie najbardziej ograniczające prognozę chorego: Czy jest wynik hist-pat?.....jeśli tak proszę załączyć

świadczenia gwarantowane dla: B20-24 C00-D48 G09-13 i 35 I42-42 J96 L89

Liczba hospitalizacji z tego powodu w ostatnich 6 mies

ICD-10	
--------	--

W przypadku rozp. nowotworu - lokalizacja przerzutów:	Gdzie się podejrzewa rozsiew npl?
<u>kwalfikuje się do leczenia modyfikującego przebieg choroby</u> <input type="checkbox"/>	
<u>ww. leczenie niemożliwe, wskazane postępowanie objawowe</u> <input type="checkbox"/>	

Pozostałe istotne rozpoznania:

Przebieg w ostatnim miesiącu:

Obecne patogeny alarmowe - gdzie i jakie, wyniki posiewów?

Na jakim etapie choroby jest pacjent obecnie?

dosyć stabilnym, z prognozą przeżycia w latach <input type="checkbox"/>	systematycznie pogarszającym się, z prognozą przeżycia w tygodniach <input type="checkbox"/>
niestabilnym, z prognozą liczoną miesiącami <input type="checkbox"/>	w ostatnich dniach życia <input type="checkbox"/>

Aktualne leczenie - nazwy, dawki; zwł. dla steroidu/antybiotyku, leków p/ból. od kiedy? :

Wymień objawy i dolegliwości, które POMIMO ZASTOSOWANEGO LECZENIA aktualnie w dalszym ciągu się utrzymują:

<u>niedrożność p pok</u> <input type="checkbox"/>	<u>silny niepokój ruchowy z omamami i dezorientacją</u> <input type="checkbox"/>	<u>nasiloną duszność</u> <input type="checkbox"/>	<u>ciężka biegunka</u> <input type="checkbox"/>
<u>nasilone wymioty</u> <input type="checkbox"/>	<u>z nadciśń śródczask.</u> <input type="checkbox"/>	<u>z żyły głównej górnej</u> <input type="checkbox"/>	<u>ucisk rdzenia kręg</u> <input type="checkbox"/>
<u>silny (>5/10) ból</u> <input type="checkbox"/>			
groźne dla życia zab. metab./elektrolitowe <input type="checkbox"/>			płyny w jamach ciała <input type="checkbox"/>

Stopień wydolności fizycznej (wg Palliative Performance Scale) wybierz jedną opcję:

80% zwykle czynności z wysiłkiem <input type="checkbox"/>	50% część. zależny, siedzący-leżący <input type="checkbox"/>	30% całkowicie zależny ↓odżywiania <input type="checkbox"/>
60% sporadyczna pomoc w obsłudze <input type="checkbox"/>	40% zależny w dużym st., leżący <input type="checkbox"/>	20% zdolny wypić niewielkie ilości <input type="checkbox"/>
		10% możliwe jedynie zwilżanie ust <input type="checkbox"/>

Aktualnie obecne objawy, wyniki badań biochemicznych oraz obecność i stan odleżyn:

uporczywe objawy: kaszel /czkawka / świąd / mdłości / - zakreślić właściwe									
wyniszczenie <input type="checkbox"/>		nietrzymanie stolca <input type="checkbox"/>				zaburzenie połykania <input type="checkbox"/>			
nietrzymanie moczu <input type="checkbox"/>		zaawansowane obrzęki <input type="checkbox"/>				zaawansowane otępienie <input type="checkbox"/>			
cewnik/wkł. centr. <input type="checkbox"/>		kolostomia/nefrostomia <input type="checkbox"/>				przetoki <input type="checkbox"/>			
leukocytoza <input type="checkbox"/>	kreatynina <input type="checkbox"/>	albumina sur <input type="checkbox"/>			liczba odleżyn <input type="checkbox"/>	zakażonych <input type="checkbox"/>			
hemoglobina <input type="checkbox"/>	mocznik sur <input type="checkbox"/>	CRP <input type="checkbox"/>			najbardziej zaawans. w skali EPUAP (I-IV) <input type="checkbox"/>				

Czynniki utrudniające pobyt chorego w domu, inne sugestie:

data _____ podpis i pieczęć lekarza kierującego _____ nr prawa wyk. zawodu _____

UWAGI

Dokładnie wypełnione skierowanie wraz z zgodą i kopiami dostępnej, istotnej dokumentacji medycznej należy złożyć osobiście ul. Wojska Polskiego 32/34 95-015 Głowno lub skany wysłać mailem (hospicjum.glowno@grupazdrowie.pl).

Wynik kwalifikacji - prosimy o kontakt tel.: 660 444 922 godz. 10.00- 13.00 lub odpowiadamy na e-mail, jeśli dokumenty były składane elektronicznie. Aktualne druki skierowań i zasady przyjęć: www.grupazdrowie.pl – w zakładce placówki, wybrać hospicjum Źródłem finansowania opieki w hospicjum jest NFZ – przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji, dla chorych jest ona bezpłatna.