

SPECIJALNA BOLNICA ZA PLUĆNE BOLESTI

Rockfelllerova 3, Zagreb

☎ 46 84 400 fax: 46 12 247

e-mail: bolnica@pulmologija.hr

PALIJATIVNA MEDICINA*Odjel za palijativnu medicinu i
palijativnu skrb***OBRAZAC ZA PRIJEM****OPĆI PODACI O PACIJENTU**

Ime i prezime:	Datum rođenja:
Adresa:	Telefon/mobitel:
Broj zdravstvenog osiguranja:	Broj dopunskog osiguranja:

Bolesnik / Obitelj su upoznati s osnovnom bolesti i prelaska na palijativnu skrb i ograničenim brojem dana boravka na palijativnom odjelu

Pacijent zaveden u registar palijativne skrbi (navesti gdje):

KONTAKT OSOBA**Obitelj:**

Ime i prezime:

Adresa:

Telefon/mobitel:

Srodstvo:

Skrbnik:

Ime i prezime:

Adresa:

Telefon/mobitel:

NAČIN PRIJEMA PACIJENTA**Iz druge ustanove:**

Naziv ustanove:

Liječnik:

Odjel:

Kontakt osoba:

Od kuće / Doma za starijeLiječnik opće medicine (LOM):

Ime i prezime:

Kontakt telefon:

Mobilni palijativni tim:

Kontakt telefon:

RAZLOG PRIJEMA

Simptomatsko liječenje (definirati koje):

Psihosocijalna skrb (definirati koja):

Ispraćaj umirućeg (posljednji stadij bolesti):

DIJAGNOZE I OPĆE STANJE PACIJENTA

Osnovna dijagnoza prelaska na palijativnu skrb:

Ime liječnika / tima koji je pacijenta proglasio palijativnim:

Ostale dijagnoze:

Terapija:

DIJAGNOZE I OPĆE STANJE PACIJENTA

Dodatni terapijski momenti:

Kemo/hormonoterapija	Biološka terapija
Zračenje	Transfuzija
Neinvazivna mehanička ventilacija	Invazivna mehanička ventilacija
Hemodijaliza	

ESA SKALA (Bodovanje 0-10)

0 - bez simptoma, 10 - simptomi jako izraženi

1. bol	6. tjeskoba
2. slabost	7. budnost
3. mučnina	8. disanje
4. apetit	9. opće stanje (0=dobro stanje, 10=loše stanje)
5. depresija	

Pacijent je infektivan

Dijagnoza:

Uzročnik:

Antibiogram:

Pacijent orijentiran u
prostoru i vremenu:

Potpuno
Dezorijentiran

Djelomično

Akt gutanja:

Dobar
NGS

Otežan
PEG

Disanje:

Normalno
O₂ (L/min)

Traheotomiran
Mehanička ventilacija

Kontinencija:

Kontrolira sfinktere
Trajni kateter

Inkontinentan

Pokretljivost:

Samostalan
Nepokretan

Uz pomoć

LABORATORIJSKI NALAZI

L E Hgb Trb CRP K Na GUK Urea Kreatinin Bilirubin AST/ALT

ZAKLJUČNI PODACI

Traži se prijem pacijenta od do
Adresa na koju se pacijent vraća po završetku palijativnog liječenja:

Obrazac ispunio:

Kontakt broj:

Datum: