



ZAHTJEV ZA PRIJEM NA PALIJATIVNU SKRB

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Adresa:

Broj telefona/mobitela:

DIJAGNOZE:

Osnovna dijagnoza prelaska na palijativnu skrb:

<hr/> <hr/>

Ime liječnika/tima koji je pacijenta proglasio palijativnim:

Ostale dijagnoze: _____

Razlog prijema:

- Simptomatsko liječenje (definirati koje): _____
- Psihosocijalna skrb (definirati koja): _____

Terapija:

<hr/> <hr/>

Dodatni terapijski momenti:

- Kemo/hormonoterapija
- Zračenje
- Hemodijaliza
- Biološka terapija

Planirani terapijski postupci: _____

NAČIN PRIJEMA PACIJENTA

Iz druge zdravstvene ustanove:

- Naziv ustanove:
- Liječnik:
- Odjel:
- Kontakt osoba:

Od kuće / Doma za starije

Liječnik opće medicine (LOM):

Ime i prezime:

Broj telefona:

Mobilni palijativni tim:

Broj telefona



ESA SKALA (Bodovanje 0-10, 0 - bez simptoma, 10 – simptomi jako izraženi)

1. Bol
2. Slabost
3. Mučnina
4. Apetit
5. Depresija
6. Tjeskoba
7. Budnost
8. Disanje
9. Opće stanje (0 - dobro, 10 - loše)

Mikrobiološki status: _____

Potrebna izolacija: DA NE

Pacijent orijentiran u
prostoru i vremenu:

- Potpuno Djelomično
 Dezorijentiran

Akt gutanja:

- Dobar Otežan
 NGS PEG

Disanje:

- Normalno Traheotomiran
 NIV O₂ (L/min)

Kontinencija:

- Kontrolira sfinktere Inkontinentan
 Trajni kateter

Pokretljivost:

- Samostalan Uz pomoć
 Nepokretan

LABARATORIJSKI NALAZI

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

KONTAKT OSOBA

- Ime i prezime:
- Adresa:
- Broj telefona/mobitela:
- Srodstvo:

Uz zahtjev priložiti kratku epikrizu i klinički status pacijenta.

Datum

Potpis i faksimil liječnika koji traži premještaj