KARTA TRIAŻOWA

I. CZĘŚĆ DLA WYPEŁNIENIA PRZEZ RODZINĘ PACJENTA	
Nazwisko i Imię Pacjenta	……..
PESEL	……..

CZY CHORY ZGADZA SIĘ NA OPIEKĘ HOSPICJUM DOMOWEG?	TAK	NIE
CZY CHORY MA ŚWIADOMOŚĆ CHOROBY?	TAK	NIE
CZY CHORY OBECNIE KORZYSTA Z:		

	REHABILITACJA NFZ	TAK	NIE
	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NFZ	TAK	NIE
	TLENOTERAPIA DOMOWA NFZ	TAK	NIE
LECZENIE PRZYCZYNOWE	W TRAKCIE	ZAKOŃCZONE	NIE ZAKWALIFIKOWANO

GŁÓWNE PROBLEMY PACJENTA:

STAN OGÓLNY	LEŻĄCY	ZMIANY SKÓRNE/ODLEŻYNY	NIE
	CHODZĄCY		TAK
	PORUSZAJĄCY SIĘ W OBRĘBIE MIESZKANIA		Gdzie?
KONTAKT	PRAWIDŁOWY		
	UTRUDNIONY		
	NIEMOŻLIWY		
APETYT	PRAWIDŁOWY	NUDNOŚCI	TAK
	ZABURZONY		NIE
	BRAK	WYMIOTY	TAK
CZY PIJE PŁYNY	DO 1 LITRA		NIE
	DO 2 LITRÓW	BIEGUNKA	TAK
	POWYŻEJ 2 LITRÓW		NIE
BÓL	ZAZNACZYĆ NA SKALI 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ZAPARCIE	TAK
			NIE
LEKI P/BÓLOWE	NIE	DUSZNOŚĆ	TAK
	TAK		NIE
	JAKIE:	KASZEL	TAK
			NIE
		GORĄCZKA	TAK
			NIE
OBRZĘKI	NIE		
	TAK		
	Gdzie?		

KTO ZGŁASZA PACJENTA

Imię i Nazwisko ……

stopień pokrewieństwa ……

Telefon kontaktowy ……..

KTO BĘDZIE ZAJMOWAŁ SIĘ PACJENTEM W CZASIE CHOROBY:

Imię i Nazwisko ……

Stopień pokrewieństwa ……

Telefon kontaktowy …….

Imię i Nazwisko ……

Stopień pokrewieństwa ……

Telefon kontaktowy …….

Miejscowość data …….

Podpis osoby dokonującej złoszenia ……..

CZĘŚĆ ADMINISTACYJNA

UWAGI LEKARZA (KIEROWNIKA MEDYCZNEGO)	
	akceptacja kierownika (pieczątka i podpis)

pieczątka placówki	imię i nazwisko osoby rejestrującej pacjenta