



KARTA TRIĄŻOWA - HOSPICJUM DOMOWE

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	TAK	NIE	
LECZENIE ONKOLOGICZNE	W TRAKCIE	ZAKOŃCZONE	NIE ZAKWALIFIKOWANO	
GŁÓWNE PROBLEMY PACJENTA:				
SPRAWNOŚĆ	LEŻĄCY	ZMIANY SKÓRNE/ ODLEŻYNY	TAK	
	CHODZĄCY		NIE	
	PORUSZAJĄCY SIĘ W OBRĘBIE MIESZKANIA		Gdzie?	
KONTAKT	PRAWIDŁOWY		NUDNOŚCI	TAK
	UTRUDNIONY			NIE
	NIEMOŻLIWY			TAK
APETYT	PRAWIDŁOWY	WYMIOTY	TAK	
	ZABURZONY		NIE	
	BRAK		TAK	
CZY PIJE PŁYNY	DO 1 LITRA	BIEGUNKA	TAK	
	DO 2 LITRÓW		NIE	
	POWYŻEJ 2 LITRÓW		TAK	
BÓL	ZAZNACZYĆ NA SKALI 1	ZAPARCIE	TAK	
	2 3 4 5 6 7 8 9 10		NIE	
LEKI P/BÓLOWE	TAK	ODDAWANIE MOCZU	NATURALNE	
	NIE		CEWNIK	
	JAKIE:	KASZEL	TAK	
			NIE	
KRWAWIENIA	TAK			
	NIE			
DUSZNOŚĆ	TAK	STOMIE	SKĄD?	
	NIE		TAK	
	TAK		NIE	
OBRZĘKI	NIE	INNE	JAKIE?	
	Gdzie?			
KTO ZGŁASZA PACJENTA				
Imię i Nazwisko			
stopień pokrewieństwa			
Telefon kontaktowy			

