

**PLAN OPIEKI NAD PACJENTEM**  
**HOSPICJUM DOMOWE**

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA .....

PESEL: .....

| LP  | RODZAJ ŚWIADCZEŃ                                                                                                          | TAK | NIE |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1.  | Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna);                                                            |     |     |
| 2.  | Zapobieganie objawom i skutkom ubocznym zastosowanego leczenia;                                                           |     |     |
| 3.  | Zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych;                                                                     |     |     |
| 4.  | Bezpłatne wypożyczanie choremu sprzętu i aparatury medycznej;                                                             |     |     |
| 5.  | Zaspokajanie potrzeb duchowych;                                                                                           |     |     |
| 6.  | Pomoc psychologiczna;                                                                                                     |     |     |
| 7.  | Rehabilitacja;                                                                                                            |     |     |
| 8.  | Świadczenia pielęgniarstwa wynikające z ciągłości leczenia: podawanie leków, iniekcje, wlewy kroplowe, zmiana opatrunków; |     |     |
| 9.  | Zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia;                                                                   |     |     |
| 10. | Zapewnienie realizacji zleconych badań;                                                                                   |     |     |
| 11. | Pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych;                                                                              |     |     |
| 12. | Wsparcie rodziny chorego z uwzględnieniem zespołowego podejścia do chorego i jego rodziny;                                |     |     |
| 13. | Edukacja rodziny i/lub pacjenta;                                                                                          |     |     |
|     |                                                                                                                           |     |     |
|     |                                                                                                                           |     |     |
|     |                                                                                                                           |     |     |

.....  
Data, podpis i pieczętka pracownika Hospicjum domowego

Wyrażam zgodę na świadczenia ujęte w powyższym planie .....

Podpis pacjenta/opiekuna