

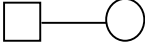
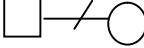
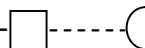
Nr hist. choroby: _____

Historia Choroby
Hospicjum Domowe [2180, 2181]

1. Lekarz prowadzący: _____	
2. Nazwisko i imię _____ Płeć ☐ M (1). ☐ K (2)	
3. Data urodzenia _____ PESEL _____	
4. Stan cywilny: wolny [☐ 1], zamężna/żonaty [☐ 2], wdowiec/wdowa, [☐ 3], rozwiedziony, separacja [☐ 4],.	
5. Miejsce zamieszkania: _____, Kod [☐] – [☐]	
6. Pracuje [☐ 1], Miejsce pracy: _____, Bezrobotny z zasiłkiem [☐ 2], Bezrobotny bez zasiłku [☐ 3], Renta [☐ 4], Emerytura [☐ 5], Uczeń [☐ 6], Inne: _____ [☐ 7].	
7. Nazwisko, adres, tel. opiekuna wskazanego przez chorego: _____	
8.1. Przyjęty (a) dnia a) _____ b) _____ c) _____ d) _____	8.2. Przeniesiony (a) dnia a) _____ b) _____ c) _____ d) _____
9. Początek choroby: _____	
10. Rozpoznanie wg ICD-10: _____	
11. Zgadzam się na proponowane leczenie i objęcie opieką przez hospicjum domowe	
(nazwa hospicjum)	
_____ Data _____	_____ Podpis _____

Badanie podmiotowe

Genogram – legenda: mężczyzna  kobieta  pacjent  pacjentka 

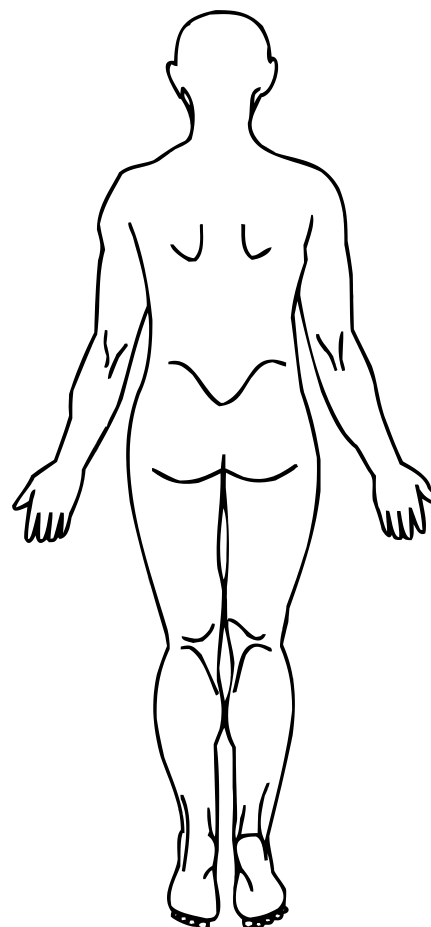
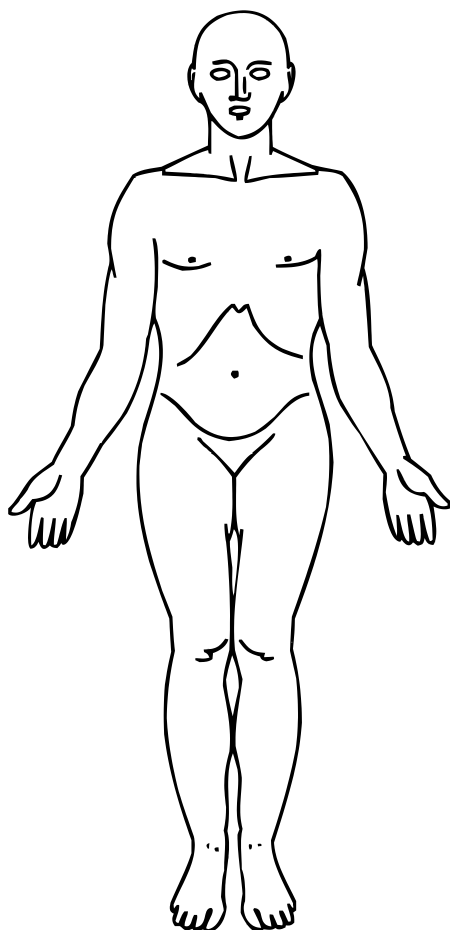
małżeństwo  małżeństwo w separacji  konkubinat - 

  małżeństwo po rozwodzie,  mężczyzna zmarły,  kobieta zmarła,

    drugie i trzecie małżeństwo,

Badanie przedmiotowe

Lokalizacja bólu



Zbiorcza uproszczona ocena stanu chorego i efektywności opieki

Nazwisko: _____			1 badanie			2 badanie			3 badanie			4 badanie			5 badanie			6 badanie		
Imię: _____																				
		Natężenie objawu	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1 – słabo nasilony objaw, 2 – miernie nasilony objaw, 3 bardzo nasilony objaw	Obszar fizyczny	1. Ból (umiejscowienie) 1																		
		2. Ból (umiejscowienie) 2																		
		3. Ból (umiejscowienie) 3																		
		4. Trudności ze snem (Jakie?)																		
		5. Brak apetytu																		
		6. Nudności, wymioty																		
		7. Zaparcia																		
		8. Biegunka																		
		9. Zgaga, odbijanie																		
		10. Czkawka																		
		11. Wzdęcia																		
		12. Zmiany w jamie ustnej																		
		13. Suchość w ustach																		
		14. Dusznosc																		
		15. Kaszel																		
		16. Trudności w oddawaniu moczu																		
17. Częstomocz, skąpomocz																				
18. Obrzęki																				

		19. Odleżyny																
		20. Zmęczenie, znużenie																
		21. Brak energii, osłabienie																
		22. Trudności w koncentracji																
	Obszar psychiczny	23. Drażliwość, irytacja																
		24. Martwienie się																
		25. Depresyjny nastrój																
		26. Nerwowość																
		27. Poczucie beznadziejności																
		28. Napięcie „wewnętrzne”																
		29. Lęk																
		30. Zaburzenia świadomości																
31. Zaburzenia otępienne																		
32. Główny objaw (najbardziej dokuczliwy) dla chorego																		
Jakość życia*	bardzo dobra																	
	dobra																	
	raczej dobra																	
	przeciętna																	
	raczej zła																	
	zła																	
	bardzo zła																	
Odpowiedzi udzielał (właściwe wpisać)*																		

* Odpowiedzi udzielił chory (CH), lekarz (L), pielęgniarka (P). Najlepiej gdy na wszystkie pytania odpowiada chory, jeśli to niemożliwe odpowiada za niego lekarz lub pielęgniarka

Dane o pacjencie i rodzinie

1. Pielęgniarka prowadząca: _____
2. Chory wykorzystuje sprzęt pomocniczy:
 - a) aparat oddechowy [_1], b) cewnik [_2], c) stomia [_3], d) wózek [_4],
 - e) inne [_5] wymienić _____
3. Uczulenia: _____
4. Przyzwyczajenia/nałogi: _____
5. Osoba będąca w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym:
 - a) żona [_1], b) mąż [_2], c) matka [_3], d) ojciec [_4], e) syn/córka [_5], f. obcy [_6].
6. Znajomość choroby:
 - a) zna rozpoznanie [_1], b) nie zna rozpoznania [_2], c) trudno ustalić [_3].
7. Konsekwencje choroby (rokowania): a) zna rokowanie [_1], b) nie zna rokowania [_2], c) trudno ustalić [_3].
8. Główne problemy pacjenta:
 - a) objawy fizyczne [_1], b) objawy psychiczne [_2], c) sytuacja rodzinna [_3], d) sytuacja finansowa [_4], e) inne [_5] (jakie?) _____
9. Liczba osób w rodzinie chorego: _____ (stopień pokrewieństwa – wiek – wymienić)

10. Stan zdrowia członków rodziny chorego, choroby, uzależnienia wymienić:

11. Główne problemy rodziny
 - a) sytuacja zdrowotna chorego [_1], b) stan psychiczny chorego [_2], c) sytuacja finansowa [_5], d) inne [_6] (jakie?) _____
12. Sposób porozumiewania się chorego z personelem medycznym:
 - a) szczerzy/otwarty [_1], b) zdawkowy/formalny [_2], c) niechętny [_3], d) konfliktowy [_4], e. inne jaki? [_5], _____
13. Sposób porozumiewania się chorego z rodziną:
 - a) szczerzy/otwarty [_1], b) zdawkowy/formalny [_2], c) niechętny [_3], d) konfliktowy [_4],

14. Ocena sprawności pacjenta/Data									
a) Porusza się w obrębie łóżka									
b) Porusza się poza łóżkiem									
c) Korzysta z WC									
d) Myje się, czesze									
e) Goli się									
f) Je pije									
g) Wydalanie									
h) Czytanie inne zajęcia									

15. Zdradza objawy:	depresji								
	lęku								
	agresji								
inne zaburzenia psychiczne:									

T – tak [1], N – nie [2], PO – z pomocą drugiej osoby [3], PS – ze sprzętem pomocniczym [4]

16. Sytuacja mieszkaniowa:
 - a) mieszkanie: własnościowe [_1], lokatorskie [_2], wynajęte [_3], hotel [_4], inne [_5].
 - b) metraż: _____.
 - c) chory ma osobny pokój: tak [_1], nie [_2].
 - d) mieszkanie zaopatrzone w: WC [_1], łazienkę [_2], CO [_3], pralka [_4], telefon [_5], radio [_6], TV [_7].

Nazwisko Imię:

DOMOWA KARTA LEKÓW

Tel. lekarza:

Tel. pielęgniarki:

Przyjmowanych regularnie co 4 godziny

Data Lek/Postać Dawka	6 ⁰⁰	10 ⁰⁰	14 ⁰⁰	18 ⁰⁰	22 ⁰⁰	2 ⁰⁰	Cel

Przyjmowanych w różnych porach

Data Lek/Postać Dawka							Cel

HOSPICJUM DOMOWE

NZOZ WSPARCIE Sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 53/3, Jarosław 37-500

Tel: 16 621 84 28

Karta indywidualnej pielęgnacji

Imię i nazwisko chorego: _____

Data	Opis problemu pielęgnacyjnego Diagnoza pielęgnarska	Zalecenia i uwagi

Epikryza:

Przyczyna zgonu: a) wyjściowa: _____

b) bezpośrednia: _____

Zmarł (a) dnia _____ o godz. _____ przed upływem 24 godz. [1], po upływie 24 godz. od chwili przyjęcia na oddział [2].

Lekarz prowadzący:

Kierownik medyczny hospicjum: