Archidiecezjalny Dom Hospicyjny św. Jana Pawła II w Katowicach
Hospicjum Stacjonarne/Stacjonarny Ośrodek Opieki Paliatywnej
40-589 Katowice, ul. Różyckiego 14d, tel.: 32/609-22-45; fax: 32/609-22-44
e-mail: domhospicyjny@hospicjumcaritas.pl www.hospicjumcaritas.pl
REGON: 242960563, NIP: 634-24-12-677, Nr rejestru: 000000137379
kod res.: cz. V: 01, cz. VII: 001, cz. VIII: 2184, Umowa z NFZ: 121/212547

GCS Quality

SKIEROWANIE - wypełnia czytelnie lekarz kierujący – (* - właściwe zakreślić / podkreślić)

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię: . . . . . telefon: . . . . .

Pesel:. . . . . stan cywilny: . . . . .

Adres: . . . . . data urodzenia: . . . . .

DANE OPIEKUNA / OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

Nazwisko i imię: . . . . . pokrewieństwo: . . . . .

Adres: . . . . . telefon: . . . . .

DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ:

Nazwa zakładu: . . . . . .telefon: . . . . .

Ul. . . . . kod pocztowy: . . . . . miejscowość: . . . . .

Gdzie chory obecnie przebywa: . . . . .

- **CZY LECZENIE PRZYCZYNOWE ZOSTAŁO ZAKOŃCZONE? - * TAK / NIE**
- **CZY CHORY WYRAŻA ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA OBJĘCIE GO OPIEKĄ? - * TAK / NIE**

ROZPOZNANIE CHOROBY PODSTAWOWEJ – będące podstawą skierowania:

. . . . . **/ Data rozpoznania**. . . . . .

ICD10 ☐ (jedno z: **B20-24, C00-D48, G09-13, G35, I42-43, J96, jeśli L89 proszę dołączyć aktualne fotografię odleżyny)**

- **STOPIEŃ SPRAWNŚCI**: skala ECOG ☐
- **POSTĘP CHOROBY wg GSF**: * (**A**–stabilna od diagnozy; **B**–niestabilna / zaawansowana; **C**–pogarszająca się; **D**–ostatnie dni)
- **OBJAWY** (ZWIĄZANE Z CHOROBĄ PODSTAWOWĄ) – **proszę podać w skali od 0 – 3**
  BÓL - ☐ **DUSZNOŚĆ -** ☐ **INNE** (jakie)- . . . . .
  . . . . .
- **OBECNE LECZENIE** (nazwy leków, dawkowanie): . . . . .
  . . . . .
- **Zaplanowane leczenie w tym paliatywne i konsultacje** (daty): . . . . .
  . . . . .
- **DO SKIEROWANIA PROSZĘ KONIECZNIE DOŁĄCZYĆ KOPIĘ DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH POTWIERDZAJĄCYCH ROZPOZNANIE ZASADNICZE, a w wypadku odleżyn - aktualne zdjęcie!**

Oświadczam, że u pacjenta zostało zakończone leczenie przyczynowe.

.... , ...

podpis pacjenta **pieczątka zakładu kierującego** **data, pieczątka i podpis lekarza**