

# ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO HOSPICJUM STACJONARNEGO



Imię i nazwisko:

PESEL: .....

Adres zamieszkania, telefon : .....

Osoba do kontaktu (imię, relacja), telefon: .....

Choroba podstawowa (ICD-10):.....

Etap choroby: zaawansowana / schyłkowa / progresja mimo leczenia

**Czy zakończono leczenie przyczynowe?** Tak/Nie Jeśli nie – jakie leczenie trwa: .....

**Choroby współistniejące**.....  
.....  
.....

## Objawy wymagające opieki paliatywnej

Ból trudny do kontroli  Duszność  Wyczerpanie / brak przyjmowania pokarmów  Zaburzenia świadomości  Pobudzenie / niepokój  Wymioty / nudności  Owrzodzenia / odleżyny

**Czy pacjent przyjmuje pokarm doustnie?** TAK/Nie

**Czy wymaga żywienia dojelitowego/pozajelitowego?** TAK/Nie

**Chory**  leżący  chodzący z pomocą  chodzący samodzielnie

**Czy wymaga całodobowej opieki?** TAK/Nie

Przewidywany czas przeżycia: tygodnie / miesiące / trudno ocenić

**Aktualne leki (z dawkami):** .....  
.....  
.....

**Dostęp naczyniowy:** brak / port / PICC / wenflon

- Sonda PEG / zgłębnik: Tak/Nie

- Cewnik Foleya: Tak/Nie

- Tlenoterapia: Tak/Nie

- Inne procedury: .....

- Czy pacjent jest świadomy diagnozy? Tak/Nie

- Czy pacjent wyraża zgodę na opiekę hospicyjną? Tak/Nie

Podpis i pieczęćka