

Probir za palijativnu skrb

Pacijent:	
MB:	Datum:
Odjel i soba:	

Dijagnoza* (označite križićem ono što se odnosi na pacijenta)	
X	
	Uznapredovali malignom:
	Pluća
	Dojke
	Gastrointestinalnih organa
	Prostate
	Ostalo:
	Uznapredovali ili terminalni stadij bolesti:
	Bolest srca (kongestivno zatajenje srca, koronarna arterijska bolest)
	Alzheimerova bolest / Demencija
	KOPB
	CVI / moždani udar
	Ostale bolesti
Opći indikatori	
	Višestruki posjeti hitnim službama (<i>dva ili više puta u posljednja tri mjeseca</i>)
	Višestruke hospitalizacije (<i>dva ili više puta u posljednja tri mjeseca</i>)
	Pacijent/obitelj žele suportivnu ili palijativnu skrb
	Napomene:

*Dijagnoza mora biti dokumentirana pacijentovom medicinskom dokumentacijom.

Ta dokumentacija mora biti dostupna na uvid u trenutku ispunjavanja ovog dokumenta. Ako niste sigurni ispunjava li pacijent kriterije za uključivanje u palijativnu skrb, obratite se koordinatore palijativne skrbi da on obavi potpunu procjenu.

Potpis: _____