*Pismo za preuzimanje palijativnog pacijenta*

⚫ Ispunjava liječnik \* Ispunjava medicinska sestra/tehničar

**\*Podaci o pacijentu**

Ime i prezime pacijenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spol: □ Ž □ M

Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum prijema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Korisnik socijalne pomoći ☐ Da ☐ Ne

**\*Podaci o zakonskom zastupniku odnosno skrbniku**

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spol: □ Ž □ M

Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Ostale kontaktne osobe**

Ime i prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Podaci o zdravstvenim radnicima koji su skrbili za pacijenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uloga** | **Ime i prezime** | **Telefon** |
| Obiteljski liječnik |  |  |
| Liječnik koji upućuje u pal. skrb |  |  |
| Bolnički liječnik |  |  |
| Patronažna sestra |  |  |
| Druga med. sestra |  |  |
| Socijalni radnik |  |  |

**PRIHVAT BOLESNIKA**

⚫Faza palijativne skrbi: ☐ Stabilna ☐ Nestabilna ☐ Deterioracija ☐ Terminalna

|  |  |
| --- | --- |
| \*U skrb su do prijema u bolnicu bili uključeni: | \*Tko mu može pružati pomoć po otpustu iz bolnice: |
| ☐ Članovi obitelji  ☐ Zdravstvena njega u kući:  ..........................................  ☐ Neprofitna organizacija:  ..........................................  ☐ Dostava hrane iz:  ..........................................  ☐ Zdravstvena njega koju sam plaća  ☐ Kućna pomoćnica  ☐ Nitko, nije trebalo | ☐ Suprug-a  ☐ Roditelj  ☐ Djeca  ☐ Brat-sestra  ☐ Prijatelj-ica  ☐ Susjed-a  ☐ Nitko |

|  |
| --- |
| **\*Uključenost bližnjih i drugih službi** |
| **Sudjelovanje obitelji i bližnjih u odnosu s bolesnikom**  Sudjeluju normalno ☐ Trebaju pomoć ☐ trebaju dodatna znanja ☐ Ne mogu sudjelovati ☐  Bližnji trebaju psihosocijalnu pomoć i podršku ☐DA ☐ NE  Bolesnik i bližnji su upoznati s načelima palijativne skrbi ☐DA ☐ NE  Vrsta pomoći:  O otpustu su obaviješteni: ☐ Izabrani liječnik ☐Patronažna sestra ☐Centar za koord. palij. skrbi  ☐ Služba za pomoć kod kuće ☐O soc.problemu obaviješten nadležni centar za socijalnu skrb ☐ Drugo  Kontakti:  Bolesnik otpušten u: ☐ Kućnu njegu ☐Drugu ustanovu ☐ Socijalnu ustanovu ☐Drugo (navesti) |

⚫Ocjena stanja pacijenta i njegovih poteškoća

Skala za ocjenjivanje: 0 = nije prisutno 1 = blago 2 = umjereno 3 = teško

Svaka ocjena 2 ili 3 zahtijeva intervenciju liječnika, odnosno socijalnog radnika/psihologa/pastoralnu skrb

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tjelesni | Ocjena | Psihosocijalni/spiritualni | Ocjena | Obitelj/njegovatelj | Ocjena |
| Bol |  | Umor / malaksalost |  | Smještaj |  |
| Teško disanje |  | Pospanost |  | Ljutnja |  |
| Kašalj |  | Delirij |  | Tjeskoba |  |
| Mučnina |  | Nesanica |  | Premor njegovatelja |  |
| Povraćanje |  | Agitiranost/nemir |  | Komunikacijski |  |
| Opstipacija |  | Strah |  | Kulturalni |  |
| Proljev |  | Kognitivna neaktivnost |  | Nijekanje |  |
| Štucanje |  | Poremećaj orijentacije |  | Zakonski |  |
| Gubitak apetita |  | Poremećaj komunikacije |  | Nerealni ciljevi |  |
| Tjelesna neaktivnost |  | Zabrinutost |  | Ostalo – navedite: |  |
| Inkontinencija |  | Tuga |  |  |  |
| Edem |  | Konfuzija |  |  |  |
| Hepatomegalija |  | Ljutnja |  |  |  |
| Pleuralni izljev |  | Tjeskoba |  |  |  |
| Ascites |  | Depresija |  |  |  |
| Hematom |  | Beznađe |  |  |  |
| Iritacija kože |  | Traži da umre |  |  |  |
| Rane |  | Nerealni ciljevi |  |  |  |
| Ostalo – navedite: |  | Ostalo – navedite: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*Skala aktivnosti svakodnevnog života**

(zaokružite odgovarajući broj bodova)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pokretljivost u krevetu** | **Transfer** | **Stolica i mokrenje** | **Hranjenje** |
| Nezavisno ili uz nadzor = **1** | Nezavisno ili uz nadzor = **1** | Nezavisno ili uz nadzor = **1** | Nezavisno ili uz nadzor = **1** |
| Ograničena pomoć = **3** | Ograničena pomoć = **3** | Ograničena pomoć = **3** | Ograničena pomoć = **2** |
| Pomoć jedne osobe koja rukuje pomagalima = **4** | Pomoć jedne osobe koja rukuje pomagalima = **4** | Pomoć jedne osobe koja rukuje pomagalima = **4** | Opsežna pomoć/  potpuna zavisnost/  hranjenje na sondu = **3** |
| Fizička pomoć dvije osobe = **5** | Fizička pomoć dvije osobe = **5** | Fizička pomoć dvije osobe =**5** |

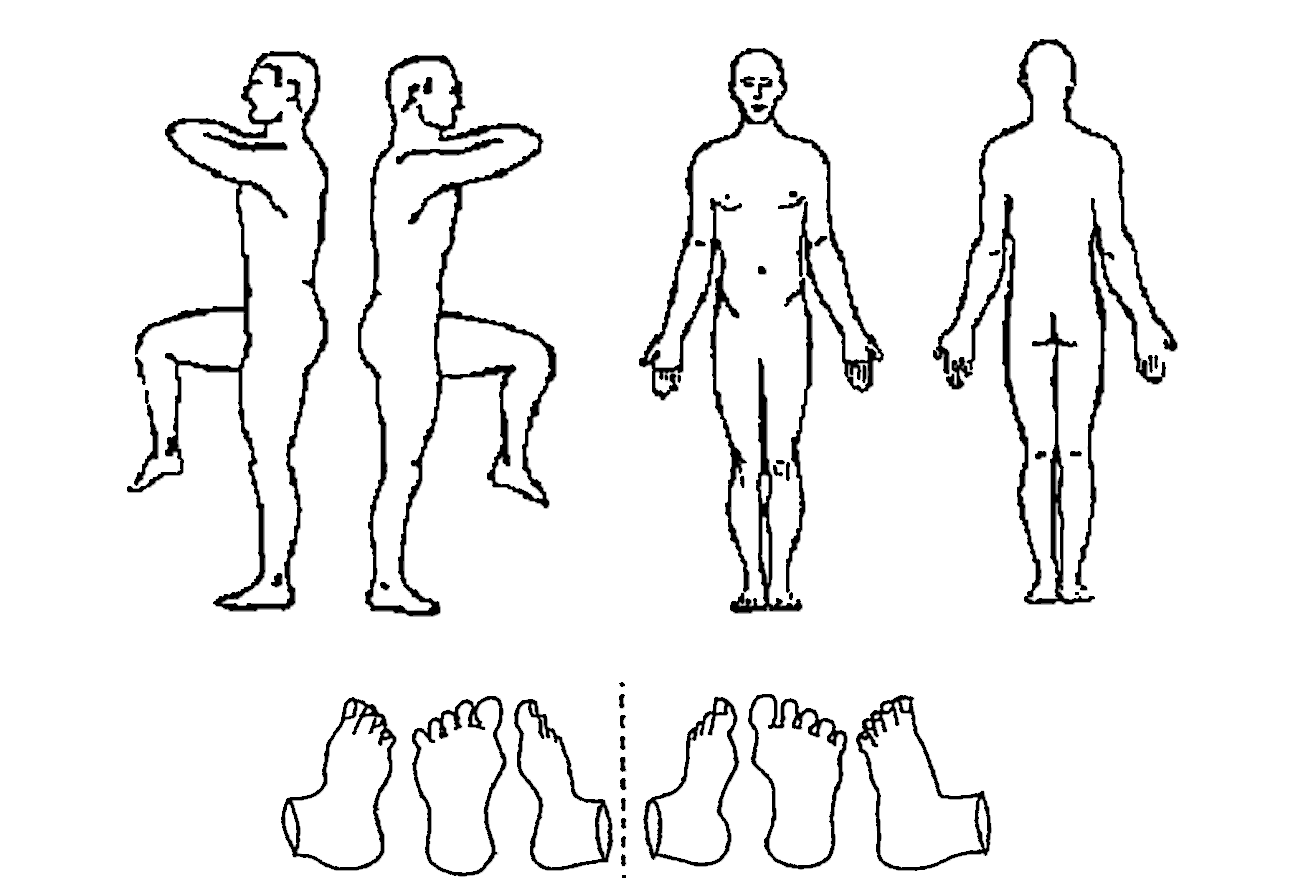
Ukupno bodova: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### \*Karnofskyjeva ljestvica izvedbenog statusa (Australska modifikacija) – Zaokružite najmanji postotak koji se odnosi na pacijenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Karnofskyjev indeks (%)** | **Kriteriji** | **Opća kategorija** |
| **100** | Normalan, asimptomatski | Sposoban obavljati normalne aktivnosti.  Ne treba posebnu skrb. |
| **90** | Sposoban normalno funkcionirati, neznatni znakovi i simptomi |
| **80** | Normalna aktivnost s naporom, mali znakovi i simptomi |
| **70** | Sposoban obavljati samonjegu, nije u stanju obavljati normalnu aktivnost niti aktivno raditi | Nesposoban za rad.  Sposoban živjeti kod kuće i brinuti se za većinu svojih osobnih potreba.  Potrebna različita količina tuđe pomoći. |
| **60** | Treba povremenu tuđu pomoć i čestu zdravstvenu skrb |
| **50** | Treba znatnu tuđu pomoć i čestu zdravstvenu skrb |
| **40** | U krevetu više od 50% vremena, treba posebnu njegu i pomoć | Nesposoban brinuti za sebe. Potrebna insitucionalna ili bolnička skrb.  Bolest može ubrzano napredovati. |
| **30** | Gotovo posve vezan uz krevet |
| **20** | Posve vezan uz krevet, potrebna opsežna skrb med. sestre ili obitelji |
| **10** | Komatozan ili jedva odgovara na podražaje | Terminalni stadiji |
| **0** | Smrt |

⚫**Rane i dekubitusi**

Ucrtati i upisati brojku



⚫**Opis rana**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vrsta rane** | **Rana 1** | **Rana 2** | **Rana 3** | **Rana 4** | |
| **Ogrebotina** |  |  |  |  | |
| **Akutna/subakutna rana** |  |  |  |  | |
| **Kronična rana** |  |  |  |  | |
| **Dekubitus (stadij 1-4)** |  |  |  |  | |
| **Maligna rana** |  |  |  |  | |
| **Ostalo (opisati)** |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| **\*POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE** | | | | |
| **\*Disanje**  Traheostoma: ☐Da ☐Ne  Neovisnost u njezi trahestome: ☐Neovisan ☐Djelomično ovisan ☐Ovisan  Terapija kisikom: ☐Da , \_\_\_ L/min ☐Ne  Napomene: | | | | |
| **\*Hranjenje i pijenje**  Način prehrane: ☐Na usta ☐Nezogastrična sonda ☐Gastrostoma ☐Jejuno-ileo sonda ☐Parenteralna  ☐Ništa na usta  Zubna proteza: ☐Da ☐Ne  Želje u vezi hrane ili dijeta:  Napomene: | | | | |
| **\*Stolica i mokrenje**  Crijevna stoma: ☐Ne ☐Ileostoma ☐Cekostoma ☐kolostoma ☐transverzostoma ☐sigmostoma  Urinska stoma: ☐Ne ☐Urostoma ☐lijeva nefrostoma ☐Desna nefrostoma  Urinski kateter: ☐Da ☐Ne Datum postavljanja:  Datum promjene: Veličina:\_\_\_\_\_\_\_Ch  Drenaža: ☐Ne ☐Abdominalna ☐Torakalna ☐RWS ☐Drugo  Napomene: | | | | |
| **\*Ograničenja pri kretanju** ☐Bez ograničenja ☐Rizik od pada ☐Udlaga ☐Mirovanje ☐Zabrana kretanja  Ocjena prijetnje po Waterlow shemi:  Zaštita od dekubitusa: ☐Nije potrebna ☐ antidekubitalni jastuci ☐antidekubitalni madrac  Napomene: | | | | |
| ⚫**Spavanje**  Spavanje: ☐Normalno ☐Nesanica → uzrok:  Napomene: | | | | |
| ⚫**Kognitivne funkcije**  Govor: ☐Jasan ☐Nejasan ☐Ne govori ☐drugo  Vid: ☐Normalan ☐ Normalan s korekcijom ☐Slabije lijevo ☐Slabije desno  Sluh: ☐Normalan ☐ Normalan uz slušni aparat ☐Slabije lijevo ☐Slabije desno  Orijentacija: ☐Orijentiran u vremenu i prostoru ☐ Neorijentiran u vremenu ☐Neorijentiran u prostoru  Pozornost: ☐Normalna ☐ Smanjena ☐Slaba ☐Odsutna ☐Semikomatozno stanje ☐Komatozno stanje  Napomene: | | | | |
| ⚫**Ovisnost o supstancama** ☐Ne ☐Da, sljedeće: | | | | |
| ⚫**Pacijentovo viđenje najtežih problema** | | | | |
| ⚫**Pacijentove želje / ciljevi** | | | | |

|  |
| --- |
| ⚫**DAVANJE LIJEKOVA** |
| **🞏 Kontinuirano davanje lijekova**  Put davanja: ☐ Supkutano ☐Intravenski ☐Epiduralno ☐Subarahnoidalno  Datum postavljanja kanile/ katetera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ritam davanja lijeka: ☐Povremeno ☐Kontinuirano  Uporaba pumpe: ☐Dnevna elastomerska pumpa ☐Infuzomat ☐Perfuzor  Datum /sat postavljanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum/sat promjene: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocjena mjesta uboda kod otpusta:  Napomene: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\*OPIS PRISUTNIH TEGOBA I POTREBA KOD OTPUŠTANJA** | **NAPOMENE** | |
| **Disanje i krvotok**  Disanje: ☐b.o. ☐ Odstupanja  Čišćenje dišnih puteva: ☐b.o. ☐ Odstupanja  Pristup krvotoku: ☐ Braunila ☐ Centralni venski kateter ☐ Ne | |  |
| **Hranjenje i pijenje**  Način hranjenja: ☐ Per os ☐Sonda ☐Stoma  Dijeta i dodaci ☐  Aktivnost pacijenta: ☐Samostalan ☐Dijelom ovisan ☐Ovisan | |  |
| **Osobna higijena, stanje kože i sluznice**  Koža: ☐b.o. ☐ Odstupanja  Zubalo: ☐b.o. ☐ Odstupanja  Sluznica usta: ☐b.o. ☐ Odstupanja  Rane: ☐b.o. ☐ Odstupanja  Dekubitus: ☐ NE ☐DA  Pacijent je pri osobnoj higijeni i oblačenju: ☐Samostalan ☐Djelomično ovisan ☐Ovisan | |  |
| **Tjelesna temperatura:** ☐b.o. ☐ Odstupanja | |  |
| **Lučenje:**  Lučenje urina: ☐b.o. ☐Odstupanja  Urinski kateter: ☐ NE ☐DA Ch:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum postavljanja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum izmjene: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Urinska stoma: ☐NE ☐DA  Stolica ☐b.o. ☐ Odstupanja  Drenaža: ☐ NE ☐DA | |  |
|  | |  |
|  | |  |

**Koliko pacijent zna o svom stanju:**