

**SPECIJALNA BOLNICA ZA PLUĆNE BOLESTI**

Rockfelllerova 3, Zagreb

☎ 46 84 400 fax: 46 12 247

e-mail: bolnica@pulmologija.hr

*Odjel za palijativnu medicinu i  
palijativnu skrb*

☎ 46 84 400 Kućni broj: 144

e-mail: palijativa@pulmologija.hr

**OBRAZAC ZA PRIJEM****OPĆI PODACI O PACIJENTU**

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Adresa:

Telefon/mobitel:

Broj zdravstvenog osiguranja:

Broj dopunskog osiguranja:

Bolesnik / Obitelj su upoznati s osnovnom bolesti i prelaska na palijativnu skrb i ograničenim brojem dana boravka na palijativnom odjelu

Pacijent zaveden u registar palijativne skrbi (navesti gdje):

**KONTAKT OSOBA****Obitelj:**

Ime i prezime:

Adresa:

Telefon/mobitel:

Srodstvo:

**Skrbnik:**

Ime i prezime:

Adresa:

Telefon/mobitel:

**NAČIN PRIJEMA PACIJENTA****Iz druge zdravstvene ustanove:**

Naziv ustanove:

Liječnik:

Odjel:

Kontakt osoba:

**Od kuće / Doma za starije**Liječnik opće medicine (LOM):

Ime i prezime:

Kontakt telefon:

Mobilni palijativni tim:

Kontakt telefon:

**RAZLOG PRIJEMA**

Simptomatsko liječenje (definirati koje):

Psihosocijalna skrb (definirati koja):

Ispraćaj umirućeg (posljednji stadij bolesti):

**DIJAGNOZE I OPĆE STANJE PACIJENTA**

Osnovna dijagnoza prelaska na palijativnu skrb:

Ime liječnika / tima koji je pacijenta proglasio palijativnim:

Ostale dijagnoze:

Terapija:

## DIJAGNOZE I OPĆE STANJE PACIJENTA

### Dodatni terapijski momenti:

Kemo/hormonoterapija	Biološka terapija
Zračenje	Transfuzija
Neinvazivna mehanička ventilacija	Invazivna mehanička ventilacija
Hemodijaliza	

### ESA SKALA (Bodovanje 0-10)

0 - bez simptoma, 10 - simptomi jako izraženi

1. bol	6. tjeskoba
2. slabost	7. budnost
3. mučnina	8. disanje
4. apetit	9. opće stanje (0=dobro stanje, 10=loše stanje)
5. depresija	

### Pacijent je infektivan

Dijagnoza:

Uzročnik:

Antibiogram:

Pacijent orijentiran u  
prostoru i vremenu:

Potpuno  
Dezorijentiran

Djelomično

Akt gutanja:

Dobar  
NGS

Otežan  
PEG

Disanje:

Normalno  
O<sub>2</sub> (L/min)

Traheotomiran  
Invazivna meh. ventilacija

NIV

Kontinencija:

Kontrolira sfinktere  
Trajni kateter

Inkontinentan

Pokretljivost:

Samostalan  
Nepokretan

Uz pomoć

## LABORATORIJSKI NALAZI

L E Hgb Trb CRP K Na GUK Urea Kreatinin Bilirubin AST/ALT

## ZAKLJUČNI PODACI

Traži se prijem pacijenta od                      do

Adresa na koju se pacijent vraća po završetku palijativnog liječenja:

Obrazac ispunio:

Kontakt broj:

Datum: