



ZAHTJEV ZA PRIJEM NA PALIJATIVNU SKRB

OPĆI PODACI O PACIJENTU

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Adresa: _____

Broj telefona/mobitela: _____

Matični broj osigurane osobe: _____

DIJAGNOZE

Osnovna dijagnoza prelaska na palijativnu skrb:

Ime liječnika/tima koji je pacijenta proglasio palijativnim:

Ostale dijagnoze: _____

RAZLOG PRIJEMA

- ☐ Simptomatsko liječenje (definirati koje): _____
- ☐ Psihosocijalna skrb (definirati koja): _____

TERAPIJA

Dodatni terapijski momenti:

- ☐ Kemo/hormonoterapija
- ☐ Zračenje
- ☐ Hemodijaliza
- ☐ Biološka terapija

Planirani terapijski postupci: _____

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:

Broj telefona:

Mobilni palijativni tim:

Broj telefona:



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. Appetit | 9. Opće stanje (0 - dobro, 10 - loše) |
| 5. Depresija | |

Mikrobiološki status: _____

Potrebna izolacija: DA / NE

Pacijent orijentiran u prostoru i vremenu: ☐ Potpuno ☐ Djelomično
☐ Dezorijentiran

Akt gutanja: ☐ Dobar ☐ Otežan
☐ NGS PEG

Disanje: ☐ Normalno ☐ Traheotomiran
☐ NIV ☐ O₂ (L/min)

Kontinencija: ☐ Kontrolira sfinktere ☐ Inkontinentan
☐ Trajni kateter

Pokretljivost: ☐ Samostalan ☐ Uz pomoć
☐ Nepokretan

Laboratorijski nalazi:

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

KONTAKT OSOBA

- ☐ Ime i prezime člana uže obitelji, zakonskog skrbnika : _____
- ☐ Adresa na koju se pacijent otpušta po završetku bolničkog liječenja: _____

- ☐ Broj telefona/mobitela: _____

Uz zahtjev priložiti kratku epikrizu i klinički status pacijenta.

Datum

Potpis i faksimil liječnika koji traži premještaj



SPECIJALNA
**BOLNICA ZA
PLUĆNE BOLESTI**
ZAGREB, ROCKEFELLEROVA 3

OIB 75982310877
Reg. 3118159607
M.B. 0998796

ravnateljstvo tel. +385 1 468 4401
web. www.pulmologija.hr
IBAN HR1424020061100958118

tel +385 1 468 4400
fax +385 1 461 2247
mail. bolnica@pulmologija.hr