



ZAHTJEV ZA PRIJEM NA PALIJATIVNU SKRB

1/2

Ime i prezime: _____
Datum rođenja: _____
Adresa: _____
Broj telefona/mobitela: _____

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:

☐ Od kuće/ ☐ Doma za starije

Naziv ustanove: _____
Liječnik: _____
Odjel: _____
Kontakt osoba: _____

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)

Bol	_____	Depresija	_____
Slabost	_____	Tjeskoba	_____
Mučnina	_____	Budnost	_____
Apetit	_____	Disanje	_____
		Opće stanje (0 - dobro, 10 - loše)	_____

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 ☐ Inkontinantan ☐ Trajni kateter

Pokretljivost:

☐ Samostalan ☐ Uz pomoć ☐ Nepokretan

LABARATORIJSKI NALAZI

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

KONTAKT OSOBA

Ime i prezime: _____
Adresa: _____
Broj telefona/mobitela: _____
Srodstvo: _____

Uz zahtjev priložiti kratku epikrizu i klinički status pacijenta.

Datum

Potpis i faksimil liječnika koji traži premještaj