**OBRAZAC ZA PRIJEM NA ODJEL ZA PALIJATIVNU SKRB OŽB NAŠICE**

**OPĆI PODACI O PACIJENTU**

IME I PREZIME PACIJENTA:Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

DATUM ROĐENJA: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst. SPOL: [ ]  Ž [ ]  M

OIB: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

ADRESA STANOVANJA:Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

BROJ TELEFONA/MOBITELA: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

**OSOBA ZA KONTAKT (obitelj/skrbnik/zakonski zastupnik**

IME I PREZIME: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

SRODSTVO: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

ADRESA: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

BROJ TELEFONA/MOBITELA: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

LIJEČNIK OBITELJSKE MEDICINE: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

EMAIL: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

**NAČIN PRIJEMA**

[ ]  OD KUĆE

[ ]  IZ DRUGE ZDR. USTANOVE:

IME USTANOVE:

ODJEL:

LIJEČNIK:

BROJ TELEFONA:

[ ]  DOM ZA STARIJE ILI UDOMITELJSTVO

ADRESA:

BROJ TELEFONA:

**DIJAGNOZE**

OSNOVNA DIJAGNOZA PRELASKA NA PALIJATIVNU SKRB:

OSTALE DIJAGNOZE:

TERAPIJA:

 ALERGIJE: [ ]  DA

 [ ]  NE

**OPĆE STANJE PACIJENTA**

PACIJENT ORJENTIRAN U VREMENU I PROSTORU :

[ ]  POTPUNO

[ ]  DJELOMIČNO

[ ]  DEZORJENTIRAN

DISANJE: AKT GUTANJA:

[ ]  NORMALNO [ ]  OČUVAN

[ ]  O₂ l/min [ ]  OTEŽAN

[ ]  TRAHEOTOMIRAN [ ]  NGS (postavljena)

[ ]  PEG (postavljen)

KONTROLA SFINKTERA: PRISUTNI SIMPTOMI:

[ ]  KONTROLIRA [ ]  MUČNINA

[ ]  TUK (POSTAVLJEN) [ ]  POVRAĆANJE

[ ]  INKONTINENTAN [ ]  BOL

 [ ]  SLABOST

POKRETLJIVOST: [ ]  NESANICA

[ ]  POKRETAN [ ]  OTEŽANO DISANJE

[ ]  UZ POMOĆ

[ ]  NEPOKRETAN

DEKUBITUS: [ ]  DA [ ]  NE

OZNAČITE TVRDNJU ZA SVAKI OD UPITA O BOLESNIKOVOJ SVIJESTI O VLASTITOM ZDRAVSTVENOM STANJU:

**PACIJENT** **OBITELJ**

DIJAGNOZA [ ] ZNA [ ] NE ZNA [ ] ZNA [ ] NE ZNA

PROGNOZA [ ] ZNA [ ] NE ZNA [ ] ZNA [ ] NE ZNA

OGRANIČEN BROJ DANA BORAVKA

NA ODJELU PALIJATIVNE SKRBI [ ] ZNA [ ] NE ZNA [ ] ZNA [ ] NE ZNA

DODATNE INFORMACIJE: Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

UPUTIO (IME, PREZIME, ODJEL, USTANOVA): Kliknite ovdje da biste unijeli tekst.

U Kliknite ovdje da biste unijeli tekst., Kliknite ovdje da biste unijeli datum.

NAPOMENA: Molimo u potpunosti ispuniti obrazac kako bismo pri trijažiranju bolesnika imali sve relevantne informacije.