Wsparcie Szpitala

# Karta kwalifikacji pacjenta do oddziału medycyny paliatywnej

Formularz pomocniczy dla zespołu - do weryfikacji wobec rozporządzenia MZ z 29.10.2013 r.

## 1. Dane pacjenta

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Oddział / placówka: _____

Data wypełnienia: _____

## 2. Rozpoznanie

Rozpoznanie zasadnicze: _____

Kod ICD-10: _____

☐ Rozpoznanie ujęte w wykazie jednostek chorobowych (załącznik nr 1 do rozporządzenia)

## 3. Kryteria kwalifikacji

☐ Choroba nieuleczalna, postępująca, w zaawansowanym stadium, bez rokowania na wyleczenie

☐ Objawy trudne do opanowania w warunkach domowych (np. ból, duszność, wymioty)

☐ Wskazanie do opieki stacjonarnej / brak możliwości zapewnienia opieki w domu

## 4. Dokumentacja

☐ Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

☐ Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie

☐ Pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna na objęcie opieką

## 5. Decyzja lekarza

☐ Kwalifikuje się do przyjęcia ☐ Nie kwalifikuje się

Data i podpis lekarza: _____