

19

HISTORIA CHOROBY DZIENNEGO ODDZIAŁU CHEMIOTERAPII ONKOLOGICZNEJ

Pieczętka Oddziału

Numer Księgi Głównej

Numer Księgi Oddziału

Nazwisko i Imię Pacjenta tel:

PESEL

Data urodzenia

Inny dokument

Miejsce zamieszkania:
kod, miejscowość ulica, nr domu

Ubezpieczenie:

Oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam¹ do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej, miejsce zamieszkania, nr telefonu

Data, czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam² do uzyskania dokumentacji za życia i po mojej śmierci:

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej, miejsce zamieszkania, nr telefonu

Data, czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że zostałem zapoznany z prawami pacjenta

Data, czytelny podpis pacjenta

Wyrażam / nie wyrażam³ zgodę na udostępnianie danych osobowych

Data, czytelny podpis pacjenta

P/ W*	Cykle chemioterapii					
	I	II	III	IV	V	VI
P						
W						
P						
W						
P						
W						
P						
W						
P						
W						

*Data, godz. przyjęcia / wypisu

1 Niepotrzebne skreślić

2 Niepotrzebne skreślić

3 Niepotrzebne skreślić

Lekarz prowadzący (pieczętka, podpis):

WYWIAD LEKARSKI

Skierowany przez.....

Objawy.....

Przebieg choroby i dotychczasowe leczenie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Choroby przebyte.....

.....

.....

.....

Wywiad rodzinny, onkologiczny.....

Wywiad socjalny.....

Użytki (tytoń, alkohol, narkotyki, leki).....

BADANIE PRZEDMIOTOWE

	Sprawność - wg skali Zubroda i skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)
	0 – prawidłowa aktywność
	1 – ograniczenie w średnim stopniu aktywności fizycznej i zdolności do pracy, nie musi leżeć;
	2 – niezdolność do wykonywania pracy, zdolność do samoobsługi, zwiększa się konieczność pomocy osób drugih, spędza w łóżku mniej niż 50% dnia;
	3 – niezdolność do samoobsługi, konieczna stała pomoc lub hospitalizacja, spędza w łóżku więcej niż 50% dnia;
	4 – chory obłożnie, stale przebywa w łóżku

Badanie fizykalne

.....

.....

.....

Stan miejscowy.....

Stan odżywienia

Ocena stanu psychicznego.....

ROZPOZNANIE KLINICZNE

.....

.....

.....

.....

.....

ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE

.....

.....

.....

ROZPOZNANIE KLINICZNE KOŃCOWE.

.....

.....

EPIKRYZA (powód hospitalizacji, zastosowana diagnostyka i leczenie, efekty interwencji leczniczych /ewentualne powikłania, wskazówki dalszego postępowania lekarskiego i pielęgniarского, ewentualne sugestie orzecznice)

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza prowadzącego