

ПЛАН СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА ДИТЯЧОГО ВІКУ, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

I. Контактна інформація Дитина 1. Прізвище, ім'я, по батькові* _____ 2. Дата народження* _____ 3. Адреса фактичного проживання (перебування) дитини _____ _____	Законний представник I * 5. Прізвище, ім'я, по батькові _____ 6. Адреса _____ 7. Телефон _____ 8. Адреса електронної пошти** _____
4. Повідомлення діагнозу та прогнозу можливого розвитку захворювання* <input type="checkbox"/> Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику I <input type="checkbox"/> Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику II	Законний представник II ** 9. Прізвище, ім'я, по батькові _____ 10. Адреса: _____ 11. Телефон: _____ 12. Адреса електронної пошти _____
Лікар, який спостерігав дитину раніше** 17. Прізвище, ім'я, по батькові _____ 18. Місце роботи _____ 19. Телефон: _____ 20. Адреса електронної пошти _____ * поля, обов'язкові до заповнення **поля, які заповнюються за наявності інформації	Особа, яка здійснює догляд (крім законного представника)** 13. Прізвище, ім'я, по батькові _____ 14. Адреса _____ 15. Телефон _____ 16. Адреса електронної пошти _____
_____ Підпис лікаря	_____ Підпис законного представника

II. Потреби дитини (зі слів законного представника)

1. Немедичні потреби дитини <input type="checkbox"/> Психологічна допомога (консультації психолога) <input type="checkbox"/> Соціальний супровід (у т.ч. допомога соціального працівника) Законному представнику надано інформацію щодо можливості звернення до відповідних служб соціального захисту населення _____ <input type="checkbox"/> Духовна підтримка Законному представнику надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки _____ <input type="checkbox"/> Інші потреби _____	2. Згода на посмертне донорство <input type="checkbox"/> Так, вже надано. <input type="checkbox"/> Ні, не надано, але законний представник бажає надати згоду. <input type="checkbox"/> Ні, не надано й законний представник не бажає надати згоду. 3. Побажання законного представника щодо місця отримання дитиною паліативної допомоги <input type="checkbox"/> За місцем перебування дитини (вдома) <input type="checkbox"/> В спеціалізованому закладі (лікарня, хоспіс тощо) 4. Побажання і розпорядження щодо періоду наприкінці життя дитини Побажання законного представника щодо збереження мобільності, заплановані подорожі тощо: _____ _____ Побажання законного представника щодо місця смерті дитини _____ _____ Побажання законного представника щодо поховання дитини _____ _____	
_____ Підпис законного представника	_____ Підпис лікаря	_____ Дата (число, місяць, рік)

III. Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд

1. Дитина (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження).....

2. Особа, яка здійснює догляд (прізвище, ім'я, по батькові).....

3. Потреби особи, яка здійснює догляд

- ☐ Психологічна допомога (консультації психолога)
- ☐ Послуга «респіс» (члени сім'ї бажають перепочити від догляду за дитиною)
- ☐ Інші потреби _____

- ☐ Надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки
- ☐ Надано інформацію щодо можливості отримання юридичної допомоги

4. Потреби особи, яка здійснює догляд, у навчанні

- ☐ Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій
- ☐ Догляд за стомами, катеторами, приймачами
- ☐ Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини тощо.....)
- ☐ Годування через гастростому
- ☐ Годування через шлунковий зонд
- ☐ Користування медичними виробами
- ☐ Санація через трахеостому
- ☐ Оцінка рівня болю
- ☐ Інше _____

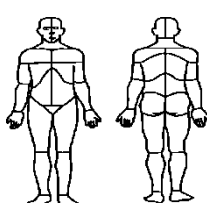
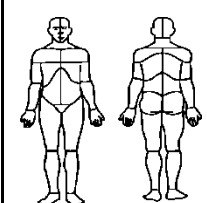
Підпис лікаря _____

Підпис особи, яка здійснює догляд _____

5. Інформація про проведення навчання особи, яка здійснює догляд

Тема навчання	Проведено навчання			
	Дата проведення	Прізвище та ініціали інструктора	Підпис інструктора	Підпис особи, яка здійснює догляд
Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій				
Догляд за стомами, катеторами, приймачами				
Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини інше)				
Годування через гастростому				
Годування через шлунковий зонд				
Користування медичними виробами				
Санація через трахеостому				
Оцінка рівня болю				
Інше _____				

IV. Оцінка стану дитини

1. Прізвище, ім'я _____ 2. Дата _____ Час _____	3. Скарги дитини _____ _____ _____
5. Загальний стан <input type="checkbox"/> Задовільний <input type="checkbox"/> Важкий <input type="checkbox"/> Надважкий <input type="checkbox"/> Термінальний <input type="checkbox"/> Середньої важкості	4. t °C Вага Зріст Артеріальний тиск SaO₂ Частота серцевих скорочень Частота дихання Глюкоза
6. Біль <input type="checkbox"/> Ноцицептивний <input type="checkbox"/> Нейропатичний <input type="checkbox"/> Змішаний <input type="checkbox"/> Психогенний	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> Локалізація болю  </div> <div style="flex: 1;"> Локалізація пролежнів  </div> </div>
Характер болю <input type="checkbox"/> Пульсуючий <input type="checkbox"/> Пакучий <input type="checkbox"/> Колочий <input type="checkbox"/> Різючий <input type="checkbox"/> Тулий <input type="checkbox"/> Ніжний <input type="checkbox"/> Непереносимий <input type="checkbox"/> Стріляючий <input type="checkbox"/> Жорсткий <input type="checkbox"/> Втоплюючий <input type="checkbox"/> Інший <input type="checkbox"/> Фантомний біль	9. Вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, у тому числі алкоголю, тютюну (яких саме, коли) _____ _____
7. Пролежні <input type="checkbox"/> Перший ступінь Діянки шкіри червоніють і набрякають. Подразнення шкіри, почервоніння (іноді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та незначне опіміння. <input type="checkbox"/> Другий ступінь Неглибоке порушення поверхні шкіри, пухирці, часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Неглибокі рани з рожевими і припухлими краями <input type="checkbox"/> Третій ступінь Руїнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Проникнення виразок до м'язового шару. Проглядається жовта мертва тканина, суковаті відділення. <input type="checkbox"/> Четвертий ступінь Глибоке ураження всіх м'язів тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Некроз захоплює шкіру, м'язи, фасції й сухожилля. Формування напругих порожнин, бічних кишень. Оточення сухожилля, іноді кісток і суглобів. 8. Алергії _____	

10. Нервова система

- ☐ Вогитцева симптоматика
☐ Псевдобульбарні розлади
☐ Парези (які саме)
☐ Гіперкінези
☐ Порушення координації
☐ Вентрикуло-перитонеальний шунт
☐ Судоми
 Характер:
разів на

- ☐ день
☐ тиждень
☐ місяць
☐ Центральний венозний катетер
☐ Перидуральний катетер

11. Дихання

- ☐ Вільне ☐ Утруднене
☐ Задиха
☐ експіраторна
☐ інспіраторна
☐ змішана
☐ Трахеостома, №
☐ Кисневозалежний
☐ Штучна вентиляція легень

15. Психоемоційні проблеми

- ☐ Втома
☐ Сонливість
☐ Безсоння
☐ Тривожність
☐ Збудження
☐ Депресія ☐ Делірій
☐ Панічні атаки
☐ Інше

12. Система травлення

- ☐ Колостома №
☐ Ілеостома №
☐ Гикавка ☐ Нудота
☐ Блювота ☐ Діарея
☐ Закрепи
☐ Інше

14. Сечовивідна система

- ☐ Затримка сечі ☐ Нетримання сечі
☐ Цистостома №

16. Інші симптоми та стани

- ☐ Анорексія/кахексія
☐ Асцит
☐ Геморагічний синдром
☐ Кровотеча зовнішня
☐ Лімфостаз/лімфорея
☐ Менопаузальна симптоматика
☐ Мукозит ☐ набряки
☐ Стоматит ☐ Гіперглікемія

13. Харчування/ ковтання

- ☐ Їсть самостійно
☐ Ковтання збережене
☐ Не ковтає
☐ Шлунковий зонд №
☐ Гастростома №

- ☐ Сечовивідний катетер №
☐ Перемінна катетеризація
☐ Інше

- ☐ Гіпоглікемія
☐ Дегідратація
☐ Гіперкальцемія
☐ Синдром верхньої порожнистої вени
☐ Інше

Підпис лікаря, прізвище та ініціали _____

V. Призначення

Дитина _____

(Прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)

☐ 1. Спостереження лікаремразів на ☐ день ☐ тиждень ☐ місяць

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Оцінка рівня болю | <input type="checkbox"/> Заміна гастростомічної трубки | <input type="checkbox"/> Рекомендації щодо харчування | <input type="checkbox"/> Призначення профілактики пролежнів |
| <input type="checkbox"/> Оцінка загального стану | <input type="checkbox"/> Призначення лабораторних досліджень | <input type="checkbox"/> Призначення лікування та лікування симптомів | <input type="checkbox"/> Навчання осіб, що здійснюють догляд |
| <input type="checkbox"/> Оцінка пролежнів | | <input type="checkbox"/> Аналіз показників ЕКГ | |

☐ 2. Супровід медичною сестрою ...разів на ☐ день ☐ тиждень ☐ місяць

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Медичний догляд | <input type="checkbox"/> Внутрішньом'язові ін'єкції | <input type="checkbox"/> Заміна або постановка шлункового зонду | <input type="checkbox"/> Постановка або заміна сечового катетера |
| <input type="checkbox"/> Спостереження за дренажем | <input type="checkbox"/> Внутрішньовенні ін'єкції | <input type="checkbox"/> Збір, зберігання, доставка матеріалів для лабораторних досліджень | <input type="checkbox"/> Навчання осіб, що здійснюють догляд |
| <input type="checkbox"/> Спостереження за стомою | <input type="checkbox"/> Підшкірні ін'єкції | <input type="checkbox"/> Катетеризація периферичної судини | <input type="checkbox"/> Інше |
| <input type="checkbox"/> Видалення сірчанних пробок | <input type="checkbox"/> Постуральний дренаж | <input type="checkbox"/> Туалет порожнини рота | |
| <input type="checkbox"/> Промивання сечового міхура | <input type="checkbox"/> Санітарна обробка хворого | <input type="checkbox"/> Очищення клітки | |
| <input type="checkbox"/> Застосування галовидічної трубки | <input type="checkbox"/> Підготовка розчинів | <input type="checkbox"/> Внутрішньосудинні ін'єкції | <input type="checkbox"/> Зняття показників ЕКГ |

3. Необхідні для надання паліативної допомоги медичні вироби

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Шприц для годуванняшт.об'єм | <input type="checkbox"/> Кисневий концентратор | <input type="checkbox"/> Біотуалет |
| <input type="checkbox"/> Сечоприймачшт.об'єм | Потужністьл/хв | <input type="checkbox"/> Судно |
| <input type="checkbox"/> Калоприймачшт.об'єм | <input type="checkbox"/> Пульсоксиметр | <input type="checkbox"/> Гігієнічний стілець |
| <input type="checkbox"/> Зонд, тип.....шт. розмір..... | <input type="checkbox"/> Апарат для штучної вентиляції легень | <input type="checkbox"/> Ходушки |
| <input type="checkbox"/> Канюля для периферичної веништ. розмір..... | <input type="checkbox"/> Аспіратор | <input type="checkbox"/> Візок |
| <input type="checkbox"/> Катетер, тип.....шт. розмір..... | <input type="checkbox"/> Функціональне ліжко | <input type="checkbox"/> Милиці |
| <input type="checkbox"/> Підгузникишт. розмір..... | <input type="checkbox"/> Підйомник | <input type="checkbox"/> Антисептичні та асептичні засоби |
| <input type="checkbox"/> Пелюшкишт. розмір..... | <input type="checkbox"/> Протипролежневий матрац | <input type="checkbox"/> Перев'язочний матеріал |
| <input type="checkbox"/> Гастростомічна трубкашт. розмір..... | <input type="checkbox"/> Помпа для ентерального харчування | <input type="checkbox"/> Система для ентерального харчування |
| <input type="checkbox"/> Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей к-сть..... назва..... | <input type="checkbox"/> Трахеостомічна трубка _____ | |

☐ 4. Лікування та лікування симптомів☐ Законному представнику або особі, яка здійснює догляд, видано лист призначення

Препарат.....	дозування.....	р/день.....	к-сть днів.....
Препарат.....	дозування.....	р/день.....	к-сть днів.....
Препарат.....	дозування.....	р/день.....	к-сть днів.....
Препарат.....	дозування.....	р/день.....	к-сть днів.....

Інші призначення

5. Консультації

- ☐
- психолога
-
- ☐
- психіатра

Дитину спрямовано на консультацію до психолога або психіатра (назва закладу, контактна особа, телефон): _____

6. Потреба у спеціалізованій паліативній допомозі

Законному представнику надано інформацію щодо спеціалізованої служби паліативної допомоги (вказати назву служби, контактну особу, телефон): _____

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря

Підпис лікаря

Генеральний директор
Директорату медичних послуг

О. Сухорукова