

ПЛАН СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

I. Контактна інформація Пацієнт 1. Прізвище, ім'я, по батькові* 2. Дата народження* 3. Адреса фактичного проживання (перебування) пацієнта* 4. Телефон*: 5. Адреса електронної пошти.	Законний представник** 7. Прізвище, ім'я, по батькові 8. Адреса: 9. Телефон: 10. Адреса електронної пошти.
6. Повідомлення діагнозу та прогнозу можливого розвитку захворювання* <input type="checkbox"/> Згода пацієнта особисто отримувати інформацію про свій діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання <input type="checkbox"/> Відмова пацієнта особисто отримувати інформацію про свій діагноз і прогноз можливого розвитку захворювання <input type="checkbox"/> Інформація про діагноз та прогноз можливого розвитку захворювання надається законному представнику	Законний представник II ** 11. Прізвище, ім'я, по батькові 12. Адреса: 13. Телефон: 14. Адреса електронної пошти.
Лікар, який спостерігав пацієнта раніше** 19. Прізвище, ім'я, по батькові 20. Місце роботи 21. Телефон: 22. Адреса електронної пошти * поля, обов'язкові до заповнення **поля, які заповнюються за наявності інформації	Особа, яка здійснює догляд (крім законного представника) або представник за довіреністю** 15. Прізвище, ім'я, по батькові 16. Адреса 17. Телефон 18. Адреса електронної пошти
<div>Підпис лікаря</div>	<div>Підпис пацієнта</div>

II. Потреби пацієнта (зі слів пацієнта)

1. Немедичні потреби пацієнта <input type="checkbox"/> Психологічна допомога (консультації психолога) <input type="checkbox"/> Послуга «респіс» (пацієнт бажає перепочити від членів сім'ї, які здійснюють догляд) на строк _____ днів <input type="checkbox"/> Соціальний супровід (у т.ч. допомога соціального працівника) Пацієнту надано інформацію щодо можливості звернення до відповідних служб соціального захисту населення <input type="checkbox"/> Духовна підтримка (св'ященник) Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки <input type="checkbox"/> Юридична допомога Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання безоплатної правової допомоги <input type="checkbox"/> Інші потреби		2. Згода на посмертне донорство <input type="checkbox"/> Так, вже надано. <input type="checkbox"/> Ні, не надано, але пацієнт бажає надати згоду. <input type="checkbox"/> Ні, не надано й пацієнт не бажає надати згоду. 3. Побажання пацієнта щодо місця отримання паліативної допомоги <input type="checkbox"/> За місцем перебування пацієнта (вдома) <input type="checkbox"/> В спеціалізованому закладі (лікарня, хоспіс тощо) 4. Побажання і розпорядження пацієнта щодо періоду наприкінці життя Побажання пацієнта щодо збереження мобільності, заплановані подорожі тощо: Побажання пацієнта щодо місця смерті..... Побажання пацієнта щодо поховання.....
Підпис пацієнта _____	Підпис лікаря _____	Дата (число, місяць, рік)

III. Потреби та навчання особи, яка здійснює догляд

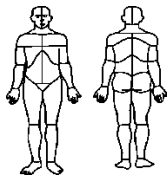

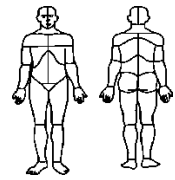
- 1.Пацієнт (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження).....

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

3.Потреби особи, яка здійснює догляд <input type="checkbox"/> Психологічна допомога (консультації психолога) <input type="checkbox"/> Послуга «респіс» (члени сім'ї бажають перепочити від догляду за пацієнтом) <input type="checkbox"/> Інші потреби:..... <input type="checkbox"/> Надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки <input type="checkbox"/> Надано інформацію щодо можливості отримання юридичної допомоги Підпис лікаря _____	4.Потреби особи, яка здійснює догляд, у навчанні <input type="checkbox"/> Техніка підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій <input type="checkbox"/> Догляд за стомами, катеторами, приймачами <input type="checkbox"/> Навчання загальному догляду (миття, зміна положення, заміна підгузника, заміна білизни, вдягання/перевдягання, обробка пролежнів, санація ротової порожнини тощо.....) <input type="checkbox"/> Годування через гастростому <input type="checkbox"/> Годування через шлуночковий зонд <input type="checkbox"/> Користування медичними виробами <input type="checkbox"/> Санація через трахеостому <input type="checkbox"/> Оцінка рівня болю <input type="checkbox"/> Інше.....
Підпис особи, яка здійснює догляд _____	Підпис особи, яка здійснює догляд _____

4. 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 шлушковий зонд				
Користування медичними виробами				
Санація через трахеостому				
Оцінка рівня болю				
Інше _____				

IV. Оцінка стану пацієнта 1. Прізвище, ім'я 2. Дата Час		3. Скарги пацієнта	
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° С Вага Зріст Артеріальний тиск SaO ₂ Частота серцевих скорочень Частота дихання Глюкоза	
6. Біль <input type="checkbox"/> Ноцицептивний <input type="checkbox"/> Нейропатичний <input type="checkbox"/> Змішаний <input type="checkbox"/> Психогенний		Локалізація болю 	
Рівень болю 		Локалізація пролежнів 	
Характер болю <input type="checkbox"/> Пульсуєчий <input type="checkbox"/> Пекучий <input type="checkbox"/> Коловчий <input type="checkbox"/> Різкий <input type="checkbox"/> Глибокий <input type="checkbox"/> Нічний <input type="checkbox"/> Непереносимий <input type="checkbox"/> Стрілючий <input type="checkbox"/> Жорсткий <input type="checkbox"/> Втомлюючий <input type="checkbox"/> Інший <input type="checkbox"/> Фантомний біль		9. <input type="checkbox"/> Вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, у тому числі алкоголю чи попиону (яких саме, коли)	
7. Пролежні <input type="checkbox"/> Перший ступінь Діянки шкіри червоніють і набрякають. Подразнення шкіри, почервоніння (інюді з синюшністю) без порушення цілісності шкірного покриву. Пацієнт може відчувати на цій ділянці шкіри біль та певне 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 виділення. <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, інюді кісток і суглобів. § <input type="checkbox"/> Алергії			
10. Нервова система <input type="checkbox"/> Вогнищова симптоматика <input type="checkbox"/> Псевдобульбарні розлади <input type="checkbox"/> Парези (які саме) <input type="checkbox"/> Гіперкінези <input type="checkbox"/> Порушення координації <input type="checkbox"/> Вентрикуло-перитонеальний шунт <input type="checkbox"/> Судоми Характер:		11. Дихання <input type="checkbox"/> Вільне <input type="checkbox"/> Утруднене <input type="checkbox"/> Задиха <input type="checkbox"/> експіраторна <input type="checkbox"/> інспіраторна <input type="checkbox"/> змішана <input type="checkbox"/> Трахеостома, № <input type="checkbox"/> Кисневоналежний <input type="checkbox"/> Штучна вентиляція легень	
12. Система травлення <input type="checkbox"/> Колостома № <input type="checkbox"/> Ілеостома № <input type="checkbox"/> Гикавка <input type="checkbox"/> Нудота <input type="checkbox"/> Їжовота <input type="checkbox"/> Дарєя <input type="checkbox"/> Закрети <input type="checkbox"/> Інше		13. Харчування/ ковтання <input type="checkbox"/> Їсть самостійно <input type="checkbox"/> Ковтання збережене <input type="checkbox"/> Не ковтає <input type="checkbox"/> Шлуночковий зонд № <input type="checkbox"/> Гастростома №	
14. Сечовивідна система <input type="checkbox"/> Затримка сечі <input type="checkbox"/> Нетримання сечі <input type="checkbox"/> Цистостома №		<input type="checkbox"/> Сечовивідний катетер № <input type="checkbox"/> Перемінна катетеризація <input type="checkbox"/> Інше	
15. Психоемоційні проблеми <input type="checkbox"/> Втома <input type="checkbox"/> Соціальність <input type="checkbox"/> Безсоння <input type="checkbox"/> Тривожність <input type="checkbox"/> Збудження <input type="checkbox"/> Депресія <input type="checkbox"/> Делірій <input type="checkbox"/> Панічні атаки <input type="checkbox"/> Інше		16. Інші симптоми та стани <input type="checkbox"/> Анорексія/кахексія <input type="checkbox"/> Асцит <input type="checkbox"/> Геморагічний синдром <input type="checkbox"/> Кровотеча зовнішня <input type="checkbox"/> Лімфостаз/лімфорєя <input type="checkbox"/> Менопаузальна симптоматика <input type="checkbox"/> Мукозит <input type="checkbox"/> Набряки <input type="checkbox"/> Стоматит <input type="checkbox"/> Гіперглікемія	
..... разів на <input type="checkbox"/> день <input type="checkbox"/> тиждень <input type="checkbox"/> місяць <input type="checkbox"/> Центральний венозний катетер <input type="checkbox"/> Перидуральний катетер		<input type="checkbox"/> Гіпоглікемія <input type="checkbox"/> Дегідратація <input type="checkbox"/> Гіперкальцемія <input type="checkbox"/> Синдром верхньої порожнистої вени <input type="checkbox"/> Інше	
Підпис лікаря, прізвище та ініціали			

V. Призначення

Пацієнт

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

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Оцінка риння болу | <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 стоною | <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 галовидійної 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 годуванняштоб'єм | <input type="checkbox"/> Кисневий концентратор | <input type="checkbox"/> Біотуалет |
| <input type="checkbox"/> Сечоприймачштоб'єм | <input type="checkbox"/> Потужністьл/хв | <input type="checkbox"/> Судно |
| <input type="checkbox"/> Калоприймачштоб'єм | <input type="checkbox"/> Пульсоксиметр | <input type="checkbox"/> Гігієнічний стілець |
| <input type="checkbox"/> Зонд, тип.....штрозмір..... | <input type="checkbox"/> Апарат для штучної вентиляції легень | <input type="checkbox"/> Ходунки |
| <input type="checkbox"/> Катод для периферичної веништрозмір..... | <input type="checkbox"/> Аспіратор | <input type="checkbox"/> Візок |
| <input type="checkbox"/> Катетер, тип.....штрозмір..... | <input type="checkbox"/> Функціональне ліжко | <input type="checkbox"/> Милиці |
| <input type="checkbox"/> Підгушникиштрозмір..... | <input type="checkbox"/> Підйомник | <input type="checkbox"/> Антисептичні та асептичні засоби |
| <input type="checkbox"/> Пелюшкиштрозмір..... | <input type="checkbox"/> Протипролежневий матрац | <input type="checkbox"/> Перев'язочний матеріал |
| <input type="checkbox"/> Гастростомічна трубкаштрозмір..... | <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. Знеболення та лікування симптомів

Препарат.....	дозування.....	р/день.....	<input type="checkbox"/> Пацієнту 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

<input type="checkbox"/> психолога	Пацієнта спрямовано на консультацію до психолога або психіатра (назва закладу, контактна особа, телефон):
<input type="checkbox"/> психіатра	

6. Потреба у спеціалізованій паліативній допомозі

Пацієнту надано інформацію щодо спеціалізованої служби паліативної допомоги

(вказати назву служби, контактну особу, телефон):

.....

.....

Дата (число, місяць, рік) Прізвище, ім'я, по батькові лікаря Підпис лікаря

Генеральний директор
Директорату медичних послуг

О. Сухорукова