

**Nosūtījums uz paliatīvās aprūpes konsiliju paliatīvas aprūpes saņemšanai pacienta dzīvesvietā**

|  |
| --- |
| **Pacienta personas dati:** |
| Vārds, Uzvārds:       | Personas kods:       |
| Deklarētā dzīvesvieta:       |
| Faktiskā dzīvesvieta:       |
| Tālrunis:       | e- pasts:       |
| **Pamata diagnoze:** | diagnoze vārdiem atbilstoši klasifikatoram      | SSK-10 kods ar vismaz četrām zīmēm      |
| **Diagnoze, kas atbilst paliatīvajai aprūpei** (ja atšķiras no pamat diagnozes) |       |       |
| **Blakus diagnoze/s** | diagnoze vārdiem atbilstoši klasifikatoram      | SSK-10 kods ar vismaz četrām zīmēm      |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
| **Izmeklējums/i, kas pamato diagnozi** (norāda informāciju arī, ja pacientam ir ļaundabīgs audzējs): | Norāda kāda izmeklējuma laikā ir veikta audu parauga paņemšana, kas apstiprina diagnozi, vai ar kāds izmeklējums/i apstiprina uzstādīto pamatdiagnozi, ja diagnoze nav apstiprināta morfoloģiski      |
| Morfoloģija (ja ir veikta)Morfoloģijas atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un citu patoloģiskās izmeklēšanas laikā iegūto informāciju, piemēram, receptoru stāvoklis, molekulāri bioloģiski rādītāji vai mutācijas.      |
| **Ar slimību vai tās terapiju saistītas komplikācijas** | Norāda slimības tālākas progresēšanas vai ar terapiju saistītos riskus veselībai un iespējamās blaknes      |
| Vai pacienta prognozējamā dzīvildze ir līdz 6 mēnešiem: | [ ]  Jā [ ]  Nē |
| Dzīvildzes prognozes pamatojums:      |
| Vai pacients ir bērnu paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē un jau saņem paliatīvās aprūpes pakalpojumus: | [ ]  Jā [ ]  Nē |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informācija par:** | pacienta specifiskiem aprūpes apstākļiem: |
| [ ]  enterāla barošana[ ]  parenterāla barošana, [ ]  centrālais venozais katetrs, | [ ]  traheostoma [ ]  cits     [ ]  cits      |
| pacientam nepieciešamo transporta veidu:      |
| pacientam nepieciešamajiem tehniskajiem palīglīdzekļiem mājas apstākļos:      |

|  |
| --- |
| **Vispārējais stāvoklis pēc ECOG skalas:** |
|[ ]  **0** | Pilnīgi aktīvs, bez ierobežojumiem spējīgs veikt visas darbības  |
|[ ]  **1** | Ierobežots fiziski smagai darbībai, bet ambulators un spējīgs veikt vieglu vai mazkustīgu darbu, piemēram, vieglo mājas darbu, biroja darbu |
|[ ]  **2** | Ambulators un spējīgs patstāvīgi rūpēties par sevi, bet nespēj veikt nekādas darba aktivitātes (vairāk nekā 50% no nomoda stundām) |
|[ ]  **3** | Spējīgs uz ierobežotu pastāvīgu pašaprūpi, nepieciešama palīdzība, vairāk nekā 50% no nomodā stundām pavada gultā vai krēslā |
|[ ]  **4** | Pilnībā invalīds; nevar veikt nekādu pašaprūpi; pilnībā ierobežots ar gultu vai krēslu |

|  |
| --- |
| **Aizpilda, ja pacientam ir ļaundabīgs audzējs**Ja dažādu iemeslu dēļ tas nav iespējams, tad sniedz paskaidrojumu (piem., nav veikta operācija): |
| TNM klasifikācija | T       | N       | M      | G      | pT      |
| Paskaidrojums:      |
| Slimības stadija | [ ] O | [ ] I | [ ] IB | [ ] II | [ ] III | [ ] IV |
| [ ] Ois | [ ] IA | [ ] IB1 | [ ] IIA | [ ] IIIA | [ ] IVA |
| [ ] OA | [ ] IA1 | [ ] IB2 | [ ] IIB | [ ] IIIB | [ ] IVB |
| [ ] neprecizēta – X | [ ] IA2 | [ ] IC | [ ] IIC | [ ] IIIC | [ ] IVC |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ārsts: |       |       |
| /vārds, uzvārds/ | / identifikators/ |
|       |       |
| /kontakttālrunis/ | /e-pasts/ |

*Dokuments parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu*