

**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*