

ПЛАН СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА, ЩО ПОТРЕБУЄ ПАЛІТИВНОЇ 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

6. Повідомлення діагнозу та прогнозу можливого розвитку захворювання*

☐ Згода пацієнта особисто отримувати інформацію про
свій діагноз та прогноз можливого розвитку
захворювання

☐ Відмова пацієнта особисто отримувати інформацію
про свій діагноз і прогноз можливого розвитку
захворювання

☐ Інформація про діагноз та прогноз можливого
розвитку захворювання надається законному
представнику

Лікар, який спостерігав пацієнта раніше**

19. Прізвище, ім'я, по батькові

20. Місце роботи

21. Телефон:

22. Адреса електронної пошти

Законний представник**

7. Прізвище, ім'я, по батькові

8. Адреса:

9. Телефон:

10. Адреса електронної пошти

Законний представник II**

11. Прізвище, ім'я, по батькові

12. Адреса:

13. Телефон:

14. Адреса електронної пошти

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

* поля, обов'язкові до заповнення

** поля, які заповнюються за наявності інформації

Підпис лікаря

Підпис пацієнта

II. Потреби пацієнта (зі слів пацієнта)

1. Немедичні потреби пацієнта

- ☐ Психологічна допомога (консультації психолога)
- ☐ Послуга "респіс" (пацієнт бажає перепочити від членів сім'ї, які здійснюють догляд) на строк _____ днів

- ☐ Соціальний супровід (у т. ч. допомога соціального працівника)

Пацієнту надано інформацію щодо можливості звернення до відповідних служб соціального захисту населення _____

- ☐ Духовна підтримка (св'ященник)

Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання духовної підтримки

- ☐ Юридична допомога

Пацієнту надано інформацію щодо можливості отримання безоплатної правової допомоги

- ☐ Інші потреби

Підпис пацієнта

2. Згода на посмертне донорство

- ☐ Так, вже надано.
- ☐ Ні, не надано, але пацієнт бажає надати згоду.
- ☐ Ні, не надано й пацієнт не бажає надати згоду.

3. побажання пацієнта щодо місця отримання паліативної допомоги

- ☐ За місцем перебування пацієнта (вдома)
- ☐ 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 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

- ☐ Психологічна допомога (консультації психолога)
- ☐ Послуга "респіс" (члени сім'ї бажають перепочити від догляду за пацієнтом)
- ☐ Інші потреби:

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
)

.....
)

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

☐ Годування через гастростому
☐ Годування через шлунковий зонд
☐ Користування медичними виробами
☐ Санація через трахеостому
☐ Оцінка рівня болю
☐ Інше

Підпис лікаря _____ 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 шлунковий зонд Користування медичними виробами Санація через трахеостому Оцінка рівня болю Інше _____				

IV. Оцінка стану пацієнта

1. Прізвище, ім'я

2. Дата

Час

5. Загальний стан

3. Скарги пацієнта

.....

4. t° C Вага Зріст

.....

- ☐ Задовільний ☐ Важкий ☐ Надважкий
☐ Термінальний
☐ Середньої важкості

6. Біль

- ☐ Ноцицептивний ☐ Нейропатичний
☐ Змішаний ☐ Психогенний



Характер болю

- ☐ Пульсуючий ☐ Пекучий ☐ Колючий
☐ Ріжучий ☐ Тупий ☐ Ниючий
☐ Непереносимий ☐ Стріляючий
☐ Жорстокий ☐ Втомлюючий
☐ Інший
☐ Фантомний біль

7. Пролежні

- ☐ Перший ступінь

Ділянки 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 оніміння.

- ☐ Другий ступінь

Неглибоке порушення поверхні шкіри, пухирці, часткове відшарування верхнього шару шкірних покривів. Неглибокі рани з рожевими і припухлими краями

- ☐ Третій ступінь

Руйнування шкірного покриву і підшкірної клітковини, утворення виразки (виразок). Проникнення виразок до м'язового шару. Проглядається жовта змертва тканина, сукровичні виділення.

- ☐ Четвертий ступінь

Глибоке ураження всіх м'яких тканин з утворенням сухого або вологого некрозування. Некроз захоплює шкіру, м'язи, фасції й сухожилля. Формування нагноєних порожнин, бічних кишень. Оголення сухожиль, іноді кісток і суглобів.

8. ☐ Алергії

10. Нервова система

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

11. Дихання

- ☐ Вільне ☐ Утруднене
☐ Задуха
☐ експіраторна
☐ інспіраторна
☐ змішана
☐ Трахеостома, N
☐ Кисневозалежний
☐ Штучна вентиляція
легенів

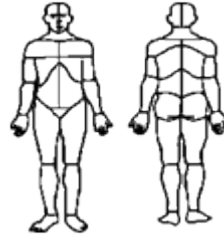
15. Психоемоційні

Артеріальний тиск SaO₂

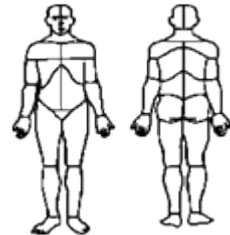
Частота серцевих скорочень

Частота дихання Глюкоза

Локалізація болю



Локалізація пролежнів



9. ☐ Вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, у тому числі алкоголю чи тютюну (яких саме, коли)
.....

12. Система травлення

- ☐ Колостома N
☐ Ілеостома N
☐ Гикавка ☐ Нудота
☐ Блювота ☐ Діарея
☐ Закрепи
☐ Інше

14. Сечовивідна система

- ☐ Затримка сечі
☐ Нетримання сечі
☐ Цистостома N

16. Інші симптоми та стани

13. Харчування/ковтання

- ☐ Їсть самостійно
☐ Ковтання збережене
☐ Не ковтає
☐ Шлунковий зонд N
☐ Гастростома N
☐ Сечовивідний катетер N
☐ Перемінна катетеризація
☐ Інше

☐ 1. Спостереження лікарем	разів на ☐ день ☐ тиждень ☐ місяць	☐ Рекомендації щодо харчування	☐ Призначення профілактики пролежнів
☐ Оцінка рівня болю	☐ Заміна гастростомічної трубки	☐ Призначення знеболення та лікування симптомів	☐ Навчання осіб, що здійснюють догляд
☐ Оцінка загального стану	☐ Призначення лабораторних досліджень	☐ Аналіз показників ЕКГ	
☐ Оцінка пролежнів		☐ Заміна або постановка шлункового зонду	☐ Постановка або заміна сечового катетора
☐ 2. Супровід медичною сестрою	разів на ☐ день ☐ тиждень ☐ місяць	☐ Збір, зберігання, доставка матеріалів для лабораторних досліджень	☐ Навчання осіб, що здійснюють догляд
☐ Медичний догляд	☐ Внутрішньом'язові ін'єкції	☐ Катетеризація периферичної судини	☐ Інше
☐ Спостереження за дренажем	☐ Внутрішньовенні ін'єкції	☐ Туалет порожнини рота	
☐ Спостереження за стомою	☐ Підшкірні ін'єкції	☐ Очисна клізма	
☐ Видалення сірчаних пробок	☐ Постуральний дренаж	☐ Внутрішньосудинні ін'єкції	☐ Зняття показників ЕКГ
☐ Промивання сечового міхура	☐ Санітарна обробка хворого		
☐ Застосування газовідної трубки	☐ Підготовка розчинів	☐ Кисневий концентратор	☐ Біотуалет
3. Необхідні для надання паліативної допомоги медичні вироби			
☐ Шприц для годування	 шт	 об'єм	☐ Потужність л/хв
☐ Сечоприймач	 шт	 об'єм	☐ Пульсоксиметр
☐ Калоприймач	 шт	 об'єм	☐ Апарат для штучної вентиляції легень
☐ Зонд, тип.....	 шт	розмір	☐ Аспіратор
☐ Канюля для периферичної вени	 шт	розмір	☐ Функціональне ліжко
☐ Катетер, тип.....	 шт	розмір	☐ Підйомник
☐ Підгузники	 шт	розмір	☐ Протипролежневий матрац
☐ Пелюшки	 шт	розмір	☐ Помпа для ентерального харчування
☐ Гастростомічна трубка	 шт.	розмір	☐ Трахеостомічна трубка
☐ Харчовий продукт для спеціальних медичних цілей	к-сть	назва	
			☐ Милиці
			☐ Антисептичні та асептичні засоби
			☐ Перев'язочний матеріал
			☐ Система для ентерального харчування

☐ 4. Знеболення та лікування симптомів

☐ 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

Препарат дозування р/день к-сть днів

Інші призначення

5. Консультації

☐ психолога

☐ психіатра

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

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