

HISTORIA CHOROBY

Przyjęcie pacjenta do szpitala

Nr księgi głównej	Nr księgi oddziałowej	Oddział
Nazwisko i imię		Płeć
PESEL		Data urodzenia
Grupa krwi	Ubezpieczenie	
Miejsce zamieszkania		
Data, godzina, minuty przyjęcia		
Tryb przyjęcia:	nagły ze skierowaniem	nagły bez skierowania
	(właściwe zaznaczyć)	
		pilny
		planowy

Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia (właściwe zaznaczyć)	
..... imię i nazwisko, adres, numer telefonu data i podpis pacjenta
Oświadczam, że upoważniam/nie upoważniam do uzyskiwania dokumentacji mnie dotyczącej	
..... imię i nazwisko, adres, numer telefonu data i podpis pacjenta
Wyrażam zgodę na przyjęcie do oddziału	
	nazwa oddziału
 data i podpis pacjenta
Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się w Oddziale z Prawami i Obowiązkami Pacjenta (ustawa z dnia 6 listopada 2006 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)	
 data i podpis pacjenta
Zostałem poinformowany, że za biżuterię, pieniądze i rzeczy wartościowe nie przekazane do depozytu szpital nie odpowiada	
 data i podpis pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

Istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala.

wzrost	ciężar ciała	BMI	ciepłota	tętno	ciśnienie krwi

Badanie podmiotowe

Powód przyjęcia

Dolegliwości bólowe

Inne dolegliwości

Przebieg dotychczasowego leczenia

Stosowane leki

Uczulenia i idiosynkrazje

Przebyte choroby i operacje

Używki, dieta

Wywiad rodzinny i środowiskowy

Orientacja co do własnej osoby, czasu, miejsca

Ocena ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej

Rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego

.....

..... ICD 10

Plan opieki:

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza przyjmującego

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie

Data i podpis pacjenta

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego wyznaczonego przez ordynatora.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Rozpoznanie kliniczne

Choroba zasadnicza ICD 10

.....

.....

Choroby współistniejące ICD 10

.....

.....

Powikłania

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Imię i nazwisko pacjenta

Epikryza**Adnotacja o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala (właściwe zakreślić)**

1. stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu.
2. na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej opiekuna
dot. pkt. 2. podpis pacjenta lub opiekuna
3. odebrałem/am kartę informacyjną i zapoznałem się z zaleceniami
dot. pkt. 3. podpis pacjenta lub opiekuna

Chory udaje się do

Adnotacja o zleceniu transportu sanitarnego (jaki)

Wypis pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu

Data zgonu, godzina, minuty

Przyczyna zgonu

Przyczyna bezpośrednia

Przyczyna wtórna

Zgon okołoperacyjny TAK NIE

Wyściowa albo zewnętrzna urazu lub zatrucia

Adnotacja o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok (uzasadnienie)

Adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów

Data wypisu

.....
Pieczętka i podpis lekarza wypisującego.....
Pieczętka i podpis lekarza kierującego oddziałem