**Obrazac prve palijativne kućne posjete liječnika**

*Predviđeno trajanje prve kućne posjete je 1,5 sat (bez putovanja)*

|  |
| --- |
| Pacijent |
| MBOO ili OIB |

|  |
| --- |
| **Dijagnoze** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Glavni njegovatelj** |
| Ime i prezime |
| Srodstvo s pacijentom |
| Tel. broj |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klinički pregled** | | | |
|  | Utvrđen glavni simptom |  | Izmjeren tlak |
|  | Ukoliko je mjerljiv, izmjeriti/ocijeniti ga |  | Izmjeren puls |
|  | Uzeta anamneza, problemi s prehranom |  | Izmjerena saturacija kisikom |
|  | Uzeta heteroanamneza |  | Izmjerena glikemija |
|  | Učinjen fizikalni pregled |  | Učinjena procjena ECOG skalom |

|  |  |
| --- | --- |
| **Evaluiranje pacijenta u posljednja 3 dana** | |
| **Fizički simptomi** | |
|  | Utvrđeni fizički simptomi |
|  | Izmjereni/ocijenjeni fizički simptomi |
| **Psihičko stanje i informiranost pacijenta i obitelji** | |
|  | Ispitana zabrinutost pacijenta u vezi bolesti ili terapije |
|  | Ispitana zabrinutost pacijenta obitelji koja brine o njemu |
|  | Koliko pacijent zna o svojoj bolesti |
|  | Koliko obitelj zna o pacijentovoj bolesti |
|  | Je li bolest uzrokovala probleme npr. financijske (krediti), pravne, ili neke druge |
| **Duhovno stanje** | |
|  | Ukoliko je u kući vidljiv vjerski simbol, pitati pacijenta je li religiozan, prima li sakramente |
|  | Ukoliko pacijent nije vjernik, pitati ga je li bilo ičega lijepog u posljednja tri dana, te što mu daje snagu kad mu je teško |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Socijalno stanje** | | | |
|  | Okvirno visina primanja |  | Evaluirati njegovatelje (fizički, psihički, duhovno) |
|  | Koristi li tuđu pomoć i njegu (osobito ako je ECOG 3-4) |  | Nacrtati genogram, te označiti glavne ili potencijalne njegovatelje |
|  | Koristi li ili treba li pomagala |  | Označiti ostale pacijente u kući |
|  | Želi li posjetu socijalnog radnika |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Odgovori koje treba dobiti kućnom posjetom** | | |
|  | U kojoj je fazi palijacije pacijent: aktivna bolest sa stabilnim tokom, s varijabilnim tokom, naglo pogoršanje, umirući pacijent | |
|  | Koji specifični postupci su potrebni (npr. kateterizacija, nazogastrična sonda, evakuacija ascitesa, postavljanje supkutane infuzije) - obaviti što se može, te odrediti dan kade će se učiniti ostalo | |
|  | Koja pomagala su potrebna:   * + za inkontinenciju   + za rane | * + za stome   + za kretanje   + za kisikoterapiju |
|  | Je li potrebna nutritivna potpora |  |
|  | Je li potrebna fizikalna terapija u kući | |
|  | Je li potrebna zdravstvena njega u kući | |
|  | Kakva je socijalna problematika | |
|  | Treba li uključiti Centar za socijalni rad | |
|  | Treba li u skrb uključiti volontere | |
|  | Treba li uključiti duhovnika (pitati tko je svećenik i javiti mu za pacijenta), konzultirati se o tome s glavnim njegovateljem | |
|  | Je li potrebna psihološka potpora i kome (pacijent, članovi obitelji) | |
|  | Kakvo je stanje njegovatelja | |
|  | Pitati obitelj i pacijenta što im je najvažniji problem | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervencije** | |
|  | Provjeriti svu terapiju, prekinuti suvišnu i uključiti adekvatnu terapiju uključivo i terapiju za probijajuću bol |
|  | Ako su simptomi nestabilni:   * + Predvidjeti javljanje njegovatelju najkasnije nakon 24 sata   + Ponoviti kućnu posjetu ili uputiti pacijenta mobilnom stručnjaku odnosno stacionarnoj službi |
|  | Započeti sa suportivnom terapijom pacijenta i njegovatelja |
|  | Ukoliko je pacijent agitiran i/ili mu je stanje nestabilno, umiriti obitelj i uključiti psihijatra |
|  | Provjeriti (odvojeno) je li njegovatelj razumio terapiju, zna li u kojem je stadiju bolesti pacijent i može li nositi situaiju treba li pomoć |
|  | U kući pacijenta ostaviti bilježnicu ili fascikl u koji će se upisivati terapija i vrijeme uzimanja, te listu praćenja simptoma.   * Navesti sve što je potrebno pratiti kod pacijenta (koliko popije, izmokri, stolica, temperatura) kao i svaki neuobičajeni znak. * U bilježnicu upisati i broj telefona za kontakt s liječnikom odnosno službom za opću palijativu * Upisati kontaktni telefonski broj za hitnoću |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sadašnja terapija -** Provjeriti svu terapiju, prekinuti suvišnu i uključiti adekvatnu terapiju uključivo i terapiju za probijajuću bol | | |
| **Lijek** | **Ukinuti** | **Nova doza** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Datum posjete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Liječnik:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_