



## FORMULAR DE SOLICITARE SERVICII

**Nume:** \_\_\_\_\_ **Data nașterii:** \_\_\_\_\_, **vârsta:** \_\_\_\_\_

**Prenume:** \_\_\_\_\_ **Cod numeric personal:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Adresa:**

Loc \_\_\_\_\_, Str \_\_\_\_\_,

Nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_, Ap. \_\_\_\_\_, Et. \_\_\_\_\_, Interfon \_\_\_\_\_, Sector/județ \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Persoana de contact:**

\_\_\_\_\_

**Diagnostic complet:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnostic boli asociate:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Simptome prezente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Motivele trimiterii :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medic de familie / specialist:**

Nume \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Telefon de contact \_\_\_\_\_

Semnătura și parafa \_\_\_\_\_



## Se completează de către personalul HOSPICE

Cunoaște diagnosticul:  DA  NU

### Simptome necontrolate:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agitație                 | <input type="checkbox"/> Durere        | <input type="checkbox"/> Probleme urinare     |
| <input type="checkbox"/> Anxietate                | <input type="checkbox"/> Edem/limfedem | <input type="checkbox"/> Prurit               |
| <input type="checkbox"/> Ascită                   | <input type="checkbox"/> Escare        | <input type="checkbox"/> Stomă                |
| <input type="checkbox"/> Constipație              | <input type="checkbox"/> Febră         | <input type="checkbox"/> Sughit               |
| <input type="checkbox"/> Confuzie                 | <input type="checkbox"/> Fistule       | <input type="checkbox"/> Transpirații         |
| <input type="checkbox"/> Convulsii                | <input type="checkbox"/> Greață        | <input type="checkbox"/> Tulburări motorii    |
| <input type="checkbox"/> Deshidratare             | <input type="checkbox"/> Hemoragie     | <input type="checkbox"/> Tulburări senzoriale |
| <input type="checkbox"/> Depresie                 | <input type="checkbox"/> Icter         | <input type="checkbox"/> Tumori exulcerate    |
| <input type="checkbox"/> Delir                    | <input type="checkbox"/> Inapetență    | <input type="checkbox"/> Tuse                 |
| <input type="checkbox"/> Diaree                   | <input type="checkbox"/> Incontinență  | <input type="checkbox"/> Vărsături            |
| <input type="checkbox"/> Disfagie solide/ lichide | <input type="checkbox"/> Insomnie      |   |
| <input type="checkbox"/> Dispnee                  |  |   |

ECOG: \_\_\_\_\_

	0	1	2	3	4
<b>ECOG</b>	Complet activ; capabil să ducă la bun sfârșit activitățile desfășurate înainte de a se îmbolnăvi	Restricții în îndeplinirea activităților fizice solicitante, dar mobil și capabil să desfășoare munci ușoare sau sedentare (ex. muncă de birou)	Mobil și capabil să se îngrijească singur, dar incapabil să muncească; treaz și activ mai mult de 50% din timpul efectiv	Parțial capabil să se îngrijească singur; imobilizat în scaun sau la pat peste 50% din timpul efectiv	Imobilizat complet la pat sau în scaun; nu se poate îngriji singur deloc

### Tratament simptomatic:

---



---

### Așteptări de la HOSPICE Casa Speranței:

---



---

### Am fost informat cu privire la :

- serviciile HOSPICE care îmi pot fi oferite;
- condițiile de accesare pentru fiecare serviciu în parte;
- modalitatea în care pot face o sesizare/reclamație.

### Semnătură beneficiar

---

#### HOSPICE Casa Speranței BRAȘOV

Str. Sitei nr. 17A, Brașov - 500074  
T. 0268 474 405 • 0372 730 114  
F. 0268 474 467  
hospice@hospice.ro

#### HOSPICE Casa Speranței BUCUREȘTI

Str. Tămăioarei Nr. 121 - 123,  
Sector 2 - BUCUREȘTI - 023642  
T. 021 326 3771  
email: hospice@hospice.ro

#### CENTRUL DE STUDII PENTRU MEDICINĂ PALIATIVĂ BRAȘOV

Str. Piatra Mare nr. 101, Brașov - 500133  
T. 0268 472 455 • 0268 513 598  
F. 0268 474 467  
cshospice@hospice.ro