Imię i nazwisko pacjenta: .....

Wypis pacjenta ze Szpitala:

Rozpoznanie końcowe: **Kod ICD 10**

Choroba zasadnicza: ....

.....

Choroby współistniejące: ....

....

....

....

....

....

Powikłania: .....

Rodzaj leczenia: **Kod ICD 9**

Zachowawcze: ☐ farmakologiczne ☐ inne..... .....

Operacyjne ☐ (jakie, kiedy) ..... _ _ / _ _ 20 _ _ .....

..... _ _ / _ _ 20 _ _ .....

..... _ _ / _ _ 20 _ _ .....

Wypisany(a), data _ _ / _ _ 20 _ _ **do domu** ☐ **do innego ZOZ** ☐ **na własne żądanie** ☐ **inne** ☐

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu: nie stwierdzono zakażenia szpitalnego ☐

stwierdzono zakażenie szpitalne ☐ (należy wypełnić kartę zakażeń szpitalnych)

Transport sanitarny: Nie ☐ Tak ☐ Uzasadnienie.....

Zgon przed upływem 12 godz. ☐ po upływie 12 godz. od przyjęcia do szpitala ☐

Data zgonu: **_ _ / _ _ 20 _ _** godzina zgonu: **_ _ : _ _** **Kod ICD 10**

Bezpośrednia przyczyna zgonu:..... .....

Wtórna: ....

Wyjściowa: ....

Zlecono sekcję: tak / nie (podać uzasadnienie podjętej decyzji) .....

.....

Rozpoznanie na podstawie badania pośmiertnego: .....

.....

Ze zwłok pobrano narządy, tkanki: tak /nie .....

Z dokumentacji wydano:.....

.....

Zostałem (am) w pełni poinformowany (a) w sposób dla mnie zrozumiały o stanie zdrowia mojego dziecka, wynikach leczenia, rokowaniu oraz o wykonanych u niego procedurach diagnostyczno – terapeutycznych.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego)

....
(podpis i pieczątka lekarza wypisującego) **(podpis i pieczątka ordynatora)**

Statystyka: Historię choroby przyjęto dnia ....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Nr księgi głównej: .....

Nr księgi oddziałowej: .....

HISTORIA CHOROBY DZIECKA

(pieczątka oddziału)

Imię (imiona) ..... **Nazwisko** .....

Miejsce i data urodzenia ..... _ _ / _ _ / _ _ _ _ PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania.....

..... tel. .....

Opiekun (adres, telefon) .....

.....tel.....

Dokument ubezpieczeniowy .....

Oświadczenie o dostarczeniu dowodu ubezpieczenia: Tak ☐ Nie ☐

Uczęszcza do: żłobka ☐ przedszkola ☐ szkoły ☐ Domu Małych Dzieci ☐

Nazwa i adres.....

Tryb przyjęcia: planowy ☐ nagły ze skierowaniem z ratownictwa medycznego ☐ nagły ze skierowaniem innym niż z ratownictwa medycznego ☐, nagły bez skierowania ☐ uczestnik wypadku komunikacyjnego ☐.

Przyjęto dnia: **_ _ / _ _ 20 _ _** godz. **_ _ : _ _** do Oddziału – godz. **_ _ : _ _**

Przeniesienia międzyoddziałowe:

Dnia **_ _ / _ _ 20 _ _** godz. _ _ : _ _ do Oddziału .....

Dnia **_ _ / _ _ 20 _ _** godz. _ _ : _ _ do Oddziału .....

Dnia **_ _ / _ _ 20 _ _** godz. _ _ : _ _ do Oddziału .....

Rozpoznanie wstępne (ustalone przez lekarza przyjmującego)**:** **Kod ICD 10**

1..... .....

2 ....

.....
(podpis i pieczątka lekarza przyjmującego)

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* na wstępne badania diagnostyczne dziecka.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego).

2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* na przyjęcie i pobyt w szpitalu, udzielenie świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego).

3. Wyrażam zgodę na przyjęcie i pobyt w szpitalu, przeprowadzenie wstępnych badań diagnostycznych i udzielenie mi świadczeń zdrowotnych / wyrażam sprzeciw wobec zgody rodzica (opiekuna prawnego)* .

.....
(podpis pacjenta powyżej 16 roku życia)

4. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany o tym, że informacja o prawach i obowiązkach pacjenta została wywieszona na tablicy informacyjnej.
5. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego.
Nr kwitu depozytowego: .....
6. Do zasięgania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka upoważniam/nie upoważniam*: .....
..... tel.: .....
7. Do pozyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam*:.....
.....
Upoważniony ma prawo / nie ma prawa * wglądu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.
8. Założono identyfikator z danymi osobowymi pacjenta .....

☐ Pacjent nie będący w stanie podpisać wyżej wymienionych zgód (nieprzytomny, niewspółpracujący).

....
(podpis i pieczątka osoby zbierającej dane) (podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego) (podpis pacjenta pow. 16 r. życia)

Legnica, dnia **_ _ / _ _ 20 _ _**

*niepotrzebne skreślić

MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta: .....

WYWIAD:

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI (powód przyjęcia, główne dolegliwości, dotychczasowy przebieg leczenia):

.....

DOLEGLIWOŚCI Z POZOSTAŁYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW:

.....

PRZEBYTE CHOROBY / POPRZEDNIE HOSPITALIZACJE:

.....

OBECNIE ZAŻYWANE LEKI / SUPLEMENTY DIETY:

.....

ALERGIE:

.....

DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU

.....

DIETA:

.....

WYWIAD RODZINNY:

.....

.....
(podpis i pieczątka lekarza przeprowadzającego wywiad)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Epikryza

.....

.....
(podpis i pieczątka lekarza prowadzącego)

MEDICAL PARTNER