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 _ _ .....

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: .....

.....

Zostałam w pełni poinformowana w sposób dla mnie zrozumiały o stanie mojego zdrowia, wynikach leczenia, rokowaniu oraz o wykonanych u mnie procedurach diagnostyczno – terapeutycznych.

.....
(podpis pacjenta / opiekuna)

....
(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 - GINEKOLOGIA

Imię (imiona) ..... **Nazwisko** ..... K ☐ M ☐

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

Adres zamieszkania.....

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

Opiekun (adres, telefon) .....

.....tel.....

Oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej: Tak ☐ Nie ☐

Dokument ubezpieczeniowy w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych .....

.....

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 ....

3 ....

4 ....

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

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam* na przyjęcie i pobyt w szpitalu, wstępne badania diagnostyczne i udzielenie świadczeń zdrowotnych.

.....
(podpis pacjenta / opiekuna)

2. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany o tym, że informacja o prawach i obowiązkach pacjenta została wywieszona na tablicy informacyjnej.
3. Oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego.

Nr kwitu depozytowego: .....

4. Do zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam / nie upoważniam*: .....

..... tel.: .....
(dane kontaktowe)

5. Do pozyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam*: .....

.....

Upoważniony ma prawo / nie ma prawa* wglądu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

6. Założono identyfikator z danymi osobowymi pacjenta .....

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

....
(podpis i pieczątka osoby zbierającej dane) (podpis pacjenta / opiekuna)

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

*niepotrzebne skreślić

MedAq PARTNER MEDICAL ®

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:

....
....

ZAJĘCIE: uczeń ☐ prac. umysłowy ☐ prac. fizyczny ☐ rolnik ☐ emeryt / rencista ☐ inny ☐

WYKSZTAŁCENIE: niep. podst. ☐ podstawowe ☐ zas. zawodowe ☐ średnie ☐ niep. wyższe ☐ wyższe ☐

DIETA:

....
....

UŻYWKI: papierosy .... alkohol .... inne ....

WYWIAD RODZINNY / ZAWODOWY:

....
....

OM .... CIĄŻA: nie ☐ tak ☐

Pierwsze krwawienie miesięczne w .... roku życia, zazwyczaj .... regularne .... co .... dni trwające.........................dni, skąpe, mierne, obfite, niebolesne, z bólami na początku, podczas, po. Dolegliwości w przebiegu cyklu miesięcznego .... Ostatnie od .... do .... zwykłe, krótsze, dłuższe, bardziej skąpe, obfitsze. Rodziła .... razy. Roniła .... razy.

Ostatni poród .... Ostatnie poronienie ....
(miesiąc / rok) (miesiąc / rok)

Dzieci urodzonych żywo .... nieżywo .... zmacerowanych .... Zmarło w pierwszym tygodniu życia .... żyje..........................Przebieg porodów ....

Przebieg poronień ....

Krwawienia ....

Upławy .... Bóle ....

Oddawanie stolca .... Oddawanie moczu ....

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

Imię i nazwisko pacjenta: ....

Epikryza

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

....
(podpis i pieczątka lekarza prowadzącego

MEDICAL PARTNER ®