

HISTORIA CHOROBY

1. Pieczęć zakładu

2. Pieczęć i kod oddziału

6. Pesel

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

7. Data urodzenia

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

rok

miesiąc

dzień

Seria i nr dowodu

3. Nr książki głównej

4. Nr książki oddziału

8. Płeć

1. ☐ Mężczyzna
2. ☐ Kobieta

5. Nazwisko Imiona

Nazwisko rodowe Imię ojca Imię matki

9. Miejsce stałego zameldowania/
zamieszkania

miejscowość

ulica

nr domu

telefon

kod

pocztą

gmina lub dzielnica

województwo

telefon

1. ☐ Miasto2. ☐ WieśMiejsce pracy
NIP zakładu pracy

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

nr leg. ubezp. lub renty

Zawód..... 10. Podstawa płatności

U	NU	DU
---	----	----

Tryb przyjęcia: ☐ planowy ☐ nagły ☐ ze skierowaniem ☐ bez skierowaniaData przyjęcia do zakładu:

--	--	--	--

 rok

--	--

 miesiąc

--	--

 dzień o godzinie na oddział11. Po raz który przyjęty/a do szpitala (oddziału) psychiatrycznego/odwykowego

--	--

Leczony/a poprzednio w oddziale

Psychiatrycznym/odwykowym Data:

12. Przyjęty/a 1-szy raz w życiu do szpitala (oddziału) psychiatrycznego/odwykowego w roku

--	--	--	--

Data wypisania ze szpitala:

--	--	--	--

 rok

--	--

 miesiąc

--	--

 dzień z oddziału

Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przyjęcie na oddział psychiatryczny / odwykowy i zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach.

Podpis pacjenta

Podpis przedst. ustawowego.....

Data nr depozytu

Art. Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie wstępne

13. Choroba zasadnicza ICD:

--	--	--	--

Choroby współistniejące ICD:

--	--	--	--

14. Procedury

15. Stan cywilny:

1. ☐ kawaler, panna
2. ☐ żonaty, zamężna
3. ☐ wdowiec, wdowa
4. ☐ rozwiedz. separow.
5. ☐ związek nieformalny
9. ☐ brak danych

16. Podstawowe źródło utrzymania:

1. ☐ praca etatowa
2. ☐ samodzi. dział. gospodarcza
3. ☐ praca dorywcza
4. ☐ rodzina
5. ☐ emerytka
6. ☐ rencista(ka),rok przyznania.....
7. ☐ zasiłek dla bezrobotnych
8. ☐ pomoc społeczna
9. ☐ brak danych

17. Skierowany przez:

00. ☐ bez skierowania
01. ☐ pogotowie ratunkowe
02. ☐ poradnia zdrowia psychicznego
03. ☐ poradnia odwykowa
04. ☐ inna poradnia
05. ☐ inny lekarz
06. ☐ oddział dzienny
07. ☐ hostel
08. ☐ inna jed. opieki pośredniej
09. ☐ szpital(oddział) psychiatryczny/odwykowy
10. ☐ szpital inny
11. ☐ dom pomocy społecznej
12. ☐ jednostka wojskowa
13. ☐ sąd lub prokuratura-observacja
14. ☐ zakład karny
15. ☐ sąd-środek zabezpieczający z art.94kk
16. ☐ sąd-środek zabezpieczający z art.99kk
17. ☐ sąd-zobowiązani do leczenia
18. ☐ inne

18. Wykształcenie:

1. ☐ bez wykształcenia
2. ☐ podstawowe
3. ☐ zawodowe
4. ☐ średnie
5. ☐ wyższe
9. ☐ brak danych

19. Z kim mieszka:

1. ☐ samotnie
2. ☐ z rodziną
3. ☐ z innymi osobami w indyw.gosp.dom
4. ☐ dom akademicki
5. ☐ dom pomocy społecznej
6. ☐ bezdomny
7. ☐ wojsko
8. ☐ inne (jakie).....
9. ☐ brak danych

20. Grupa inwalidztwa

0. ☐ bez inwalidztwa
1. ☐ I grupa
2. ☐ II grupa
3. ☐ III grupa
4. ☐ inwalidztwo - grup. nieznaną
9. ☐ brak danych

21. Pacjent ubezwłasnowolniony

1. ☐ całkowicie
2. ☐ częściowo
3. ☐ nie

.....
Imię i nazwisko lekarza kierującego nr prawa wykonywania zawodu

.....
Rozpoznanie

Przybył sam(a) w towarzystwie

Imię

nazwisko

stop .pokrewieństwa

adres, telefon

Przedst. ustawowy pacjenta

Imię

nazwisko

stop .pokrewieństwa

adres, telefon

Opiekun faktyczny pacjenta

lub osoba upoważniona

przez pacjenta

Imię

nazwisko

stop. pokrewieństwa

adres, telefon

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu / o braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:

imię i nazwisko osoby upoważnionej:, dane kontaktowe:

.....
Podpis pacjenta / opiekuna

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu / o braku upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej:

imię i nazwisko osoby upoważnionej:, dane kontaktowe:

.....
Podpis pacjenta / opiekuna

Pacjent został poinformowany
o przysługujących mu prawach

.....
Podpis lekarza

Zostałem poinformowany/a
o przysługujących mi prawach

.....
Podpis pacjenta

EPIKRYZA

Dane z wywiadu:

Stan psychiczny na początku i w czasie hospitalizacji:

Stan psychiczny przy wypisaniu:

Stan somatyczny oraz istotne wyniki badań laboratoryjnych:

Leczenie biologiczne

A. Podstawowe leczenie psychotropowe

Lek / metoda	Maks. dawka	okres	efekt	objawy niepożądane

B. Inne leki:

Psychoterapia, socjoterapia, rehabilitacja:

Zalecenia:

Inne ważne informacje:

Kartę informacyjną przekazano za zgodą pacjenta do :

.....
ordynator / kierownik

.....
lekarz / inny terapeuta

22. Wypisany(a) jako:

23. Wypisany(a) dokąd:

24. Obserwacje sądowo-psychiatryczne

- 1 ☐ wyleczony
 2 ☐ z poprawą
 3 ☐ bez poprawy
 4 ☐ z pogorszeniem
 5 ☐ zmarł

- 1 ☐ do domu
 2 ☐ do innego szpitala/oddziału psychia./odwykowego
 3 ☐ do szpitala niepsychiatrycznego
 4 ☐ do domu opieki społecznej
 5 ☐ oddalił(a) się samowolnie
 6 ☐ inne

Art. KK, KC ☐☐☐

- 1 ☐ poczytalność
 2 ☐ poczytalność znacznie ograniczona
 3 ☐ niepoczytalność
 4 ☐ środek zabezpieczający z art. 94 kk.
 5 ☐ środek zabezpieczający z art. 99 kk.

25. Oddziały, w których przebywał pacjent w trakcie obecnej hospitalizacji:

Oddział	Data przyjęcia			Data przeniesienia - wypisu		
	rok	miesiąc	dzień	rok	miesiąc	dzień

DANE DOTYCZĄCE DALSZEGO LECZENIA PACJENTA

Wskazania do dalszego leczenia pacjenta

- 1 ☐ bezwzględne
 2 ☐ względne
 3 ☐ nie ma wskazań

Miejsce dalszego leczenia (pomocy)

- 1 ☐ poradnia zdrowia psychicznego lub odwykowa
 2 ☐ poradnia przykliniczna / przyszpitalna
 3 ☐ oddział dzienny psychiatryczny / odwykowy
 4 ☐ oddział / zespół środowiskowy
 5 ☐ lekarz prywatnie praktykujący
 6 ☐ hostel
 7 ☐ dom pomocy społecznej
 8 ☐ inna opieka
 9 ☐ nie wymaga opieki psychiatrycznej

Oświadczenie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego:

Żądam wypisania z oddziału wbrew zaleceniom lekarskim.

Podpis pacjenta
 lub
 przedstawiciela ustawowego

Data

DANE DOTYCZĄCE ZGONU PACJENTA

Data zgonu

rok

miesiąc

dzień

godz. w systemie 24-godz.

26. Wyściowa przyczyna zgonu wg. rozpoznania klinicznego

27. Przyczyna zgonu wg wyniku sekcji :

Sekcja: 1 ☐ wykonano 2 ☐ nie wykonanoOdstąpiono od sekcji: 1 ☐ na prośbę rodziny 2 ☐ z innych względów

Pobrano następujące tkanki lub narządy:

Inne ważne uwagi

Popis lekarza

Data

Podpis ordynatora