UNITATEA SANITARĂ.....

Nr. .....data: .....

PLAN DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

pentru copilul care necesită îngrijiri paliative

Nume şi prenume copil:..... **Vârsta:** .....

Cod numeric personal: .....

1. ***Diagnosticul medical, cod diagnostic:***

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ***Nevoile de îngrijire paliativă ale copilului în cele patru dimensiuni - fizică, psiho-emoţională, socială şi spirituală***: RECOMANDĂRI SPECIFICE în concordanţă cu diagnosticul stabilit, **cu referire la:**

Tratamentul medicamentos recomandat, schema de acordare şi durata acestuia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Controlul medical periodic necesar monitorizării pacientului:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Servicii medicale / intervenţii medicale, evaluări medicale, alte servicii conexe actului medical:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Servicii / intervenții în ceea ce privește recuperarea / reabilitarea copilului fizică și emoțională:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Educație medicală acordată copilului şi familiei, îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare), îngrijiri de tip nursing, alte recomandări specifice:

.....

.....

.....

.....

.....

NOTĂ: SE VA COMPLETA ÎN MOD OBLIGATORIU ÎN DETALIU, FIECARE ITEM.

Data completării:

Semnătura și parafa
Medic specialist,