

# Выписка: Что Вам нужно знать

## Поступление

Дата поступления \_\_\_\_\_

Причина поступления \_\_\_\_\_

Что было сделано за время пребывания в больнице:

Обследование и наблюдение

Хирургические операции

## Выписка

Дата выписки \_\_\_\_\_

Диагноз при выписке \_\_\_\_\_

Медицинские препараты при выписке (бланк лекарственных препаратов поможет Вам составить список лекарств, прописанных вашему родственнику при выписке)

Нужно ли пациенту сопровождение, чтобы помочь добраться до дома?  Да  Нет

Если да, кто это будет? \_\_\_\_\_

Как пациент будет добираться домой?

На частной машине/такси

На общественном транспорте (метро или автобус)

Специальным транспортом для людей с ограниченными возможностями (Access-a-Ride)

На машине больницы

Другое \_\_\_\_\_

Подготовлена ли данная перевозка?  Да  Нет

Если да, укажите дату и время перевозки: \_\_\_\_\_

Стоимость: \_\_\_\_\_

## Услуги и материалы

### Медицинское оборудование

---

Нуждается ли пациент в специальном медицинском оборудовании или материалах?  Да  Нет

Если да, какое медицинское оборудование нужно? (Отметьте все, что подходит)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Трость  | <input type="checkbox"/> Оборудование для ухода при колостомии |
| <input type="checkbox"/> Инвалидное кресло   | <input type="checkbox"/> Кислород                              |
| <input type="checkbox"/> Больничная койка  | <input type="checkbox"/> Набор IV                              |
| <input type="checkbox"/> Приспособление для ходьбы                                       | <input type="checkbox"/> Респиратор                            |
| <input type="checkbox"/> Другое (например, больничные простыни или одноразовые перчатки) |  |

Заказано ли данное медицинское оборудование?  Да  Нет

Если да, откуда? \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Планы доставки: \_\_\_\_\_

Специальные инструкции: \_\_\_\_\_

Другие примечания (арендная плата, совместный платеж, доставка): \_\_\_\_\_

### Услуги по уходу на дому

---

Записан ли пациент на оказание услуг по уходу на дому?  Да  Нет

Если да, какого типа услуги? (Отметьте все, что подходит)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Медицинский уход (для выполнения медицинских процедур, таких как уход за раной) | <input type="checkbox"/> |
| Физическая терапия (РТ)  |                          |
| <input type="checkbox"/> Терапия повседневными занятиями (окупационная терапия (ОТ))                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Логопедическое лечение  |                          |
| <input type="checkbox"/> Услуги домашнего санитара (сиделки)   |                          |
| <input type="checkbox"/> Другое (например, приготовление пищи, перемещение)                              | _____                    |

Название службы по уходу на дому: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Дата и время первого посещения: \_\_\_\_\_

Причина посещения: \_\_\_\_\_

## Памятка

### Специальная пища и диета

---

Нужна ли пациенту специальная пища или диета?  Да  Нет

Если да, какая именно пища или диета? \_\_\_\_\_

Есть ли какие-либо ограничения активности, например, нельзя принимать ванны или поднимать тяжелые предметы?  Да  Нет

Если да, каковы эти ограничения? \_\_\_\_\_

Примечания и вопросы: \_\_\_\_\_

### Медицинские обследования

---

Проходил ли пациент какие-либо медицинские обследования (например, исследование методом компьютерной томографии, рентгенологические снимки, анализ крови или мочи), результаты которых Вы

не получили?  Да  Нет

Если да, то какие это исследования или анализы? \_\_\_\_\_

Исследование 1. Когда должны быть готовы результаты этого исследования? \_\_\_\_\_

К кому следует обратиться за результатом? \_\_\_\_\_

Исследование 2. Когда должны быть готовы результаты этого исследования? \_\_\_\_\_

К кому следует обратиться за результатом? \_\_\_\_\_

---

Если есть еще тесты, результатов которых Вы не получили, прикрепите дополнительный листок с информацией по примеру указанного выше.

## Приемы у врача

---

Назначены ли пациенту какие-либо последующие приемы вне дома?  Да  Нет

Если да, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы по каждому приему:

### 1. Дополнительный прием у врача

У кого назначен прием? \_\_\_\_\_

Какова причина назначения приема? \_\_\_\_\_

Когда дата приема? \_\_\_\_\_

Когда время приема? \_\_\_\_\_

Где назначен прием? \_\_\_\_\_

Телефон учреждения, где назначен прием? \_\_\_\_\_

Как пациент доберется до места, где назначен прием? \_\_\_\_\_

Примечания и вопросы:

---

---

### 2. Дополнительный прием

У кого назначен прием? \_\_\_\_\_

Какова причина назначения приема? \_\_\_\_\_

Когда дата приема? \_\_\_\_\_

Когда время приема? \_\_\_\_\_

Где назначен прием? \_\_\_\_\_

Телефон учреждения, где назначен прием? \_\_\_\_\_

Как пациент доберется до места, где назначен прием? \_\_\_\_\_

Примечания и вопросы:

---

---

Если есть еще дополнительные приемы, прикрепите еще один листок с информацией по примеру указанного выше.

