



INFORMACJA DLA RODZICÓW / OPIEKUNÓW

I. Kwalifikowanie pacjentów do opieki paliatywnej – Hospicjum Domowe dla dzieci:

Przyjęcie Dziecka pod opiekę Hospicjum możliwe jest po spełnieniu następujących warunków wstępnych:

1. Choroba jest nieuleczalna i obarczona wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci.
2. W wypadku chorób, które nie mają charakteru postępującego, podstawą kwalifikacji jest indywidualna analiza potrzeb dziecka i rodziny przeprowadzona przez lekarza kierującego i lekarza Hospicjum.
3. Rodzice lub opiekunowie oraz lekarz kierujący są zgodni, że w najlepszym interesie Dziecka będzie odstąpienie od leczenia w szpitalu i rozpoczęcie opieki paliatywnej w Hospicjum
4. Dziecko, które ukończyło 16 lat i jest w stanie wyrazić własną opinię wyraża zgodę na opiekę w Hospicjum.
5. Opinia Dziecka, które nie ukończyło 16 lat, powinna być wzięta pod uwagę.
6. Lekarz Hospicjum stwierdza, że Dziecko wymaga leczenia objawowego/paliatywnego.
7. Skierowanie do Hospicjum wystawia lekarz ze szpitala, w którym Dziecko było leczone, lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej; skierowanie powinno zawierać rozpoznanie i stwierdzenie, że choroba jest nieuleczalna i zakończono postępowanie mające na celu wyleczenie choroby.
8. Rodzice lub opiekunowie oraz Dziecko, o którym mowa punkcie I/4 wyrażają zgodę na leczenie w Hospicjum, zobowiązują się do wykonywania zleceń lekarza Hospicjum oraz akceptują, że pracownicy Hospicjum nie będą stosowali metod mających na celu przedłużanie życia.

II. Kryteria wypisywania pacjentów z Hospicjum:

1. Lekarz Hospicjum stwierdza, że nastąpiła poprawa lub stabilizacja stanu zdrowia (w szczególności remisja w chorobie nowotworowej) i chory nie wymaga leczenia objawowego albo leczenie takie może być kontynuowane przez lekarza POZ.
2. Rodzice, opiekunowie lub Dziecko, o którym mowa w punkcie I/4 sprzeciwiają się leczeniu proponowanemu przez lekarza Hospicjum a mającemu w ocenie lekarza istotny wpływ na stan zdrowia pacjenta.
3. Następuje zmiana decyzji rodziców, opiekunów lub Dziecka odnośnie podjęcia leczenia eksperymentalnego lub przedłużającego życie.
4. Pacjent, który osiągnął pełnoletność, leczony przez Hospicjum Domowe dla Dzieci chce przenieść się do Hospicjum dla dorosłych.

III. Objawami wymagającymi leczenia w Hospicjum są w szczególności:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. ból | 8. lęk, niepokój |
| 2. duszność, niedotlenienie | 9. zaburzenia snu, depresja |
| 3. kaszel | 10. odleżyny |
| 4. zaburzenia połykania, wyniszczenie | 11. niewydolność krążenia |
| 5. retencja moczu | 12. nudności, wymioty, zaparcie |
| 6. zaburzenia napięcia mięśniowego | 13. świąd |
| 7. drgawki, padaczka | 14. infekcje, gorączka |



ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW NA PRZYJĘCIE DZIECKA POD OPIEKĘ HOSPICJUM

| | |
|---------------------------------|--|
| Imię i nazwisko DZIECKA: | |
| PESEL: | |

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o tym, że choroba mojego Dziecka jest nieuleczalna
- zapoznałem/am się z INFORMACJĄ DLA RODZICÓW / OPIEKUNÓW
- wyjaśniono mi w sposób zrozumiały zasady opieki Hospicjum Domowego
- uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania

Rozumiem, że:

- opieka paliatywna polega na zapewnieniu czynnej i całościowej opieki Dzieciom z chorobami nieuleczalnymi, obciążonymi wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci
- opieka paliatywna ma na celu ochronę godności Dziecka, poprawę jakości jego życia oraz ochronę przed uporczywą terapią i działaniami jatrogennymi
- opieka paliatywna obejmuje leczenie objawowe oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe

Przyjmuję do wiadomości, że:

- pracownicy Hospicjum nie będą stosowali metod przedłużających życie, będących uporczywą terapią (*takich jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, dożylna, domięśniowe podawanie antybiotyków, nawadnianie i żywienie dożylna, przetaczanie preparatów krwi, wszczynanie chemioterapii itp.*)
- od tej pory stosowane będzie wyłącznie leczenie objawowe, mające na celu zmniejszenie cierpienia Dziecka, uszanowanie jego godności
- w uzasadnionych wypadkach Dziecko może być skierowane przez lekarza Hospicjum na leczenie szpitalne; konieczność leczenia szpitalnego lekarz hospicjum uzasadnia w skierowaniu i w dokumentacji pacjenta

Wyrażam zgodę na przyjęcie mojego Dziecka pod opiekę Hospicjum Domowego i zobowiązuję się do ścisłego wykonywania zaleceń lekarzy i pielęgniarek Hospicjum. Wyrażam zgodę na odstąpienie od diagnostyki i leczenia przyczynowego.

Hospicjum Domowe zobowiązuje się do zapewnienia całodobowej, domowej opieki lekarza i pielęgniarki hospicjum (z czasem dojazdu w sytuacjach nagłych ok. 2 godzin).

Data i podpis matki/ opiekuna prawnego

Data i podpis ojca/ opiekuna prawnego

Data, podpis i pieczęć osoby przyjmującej zgodę:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133 poz 883 z późn. zm.)

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego