



ХОСДР №1

Благодійна організація  
"БФ "Гіпократ-88"**Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1****Індивідуальний план надання паліативної допомоги**

Прізвище та Ім'я	
Дата народження	
Адреса	
Батько	
Мати	
Контакти батьків	
Ім'я братів і/або сестер	
При відсутності батьків Ім'я особи, яка несе батьківську відповідальність (та адреса, якщо вона не співпадає з вищезазначеною):	
Ким доводиться дитині?	
Контактний телефон особи/осіб, які несуть батьківську відповідальність:	
Контактний телефон сімейного лікаря, який знає дитину:	
Дата створення плану	

Відповідальна особа за створення плану

Прізвище та Ім'я		
Посада		Організація
Контакт	тел	e-mail

Інші члени мультидисциплінарної команди, включаючи координатора

Прізвище та Ім'я		
Посада		Організація
Контакт	тел	e-mail

Прізвище та Ім'я		
Посада		Організація
Контакт	тел	e-mail

Прізвище та Ім'я		
Посада		Організація
Контакт	тел	e-mail

Прізвище та Ім'я		
Посада		Організація
Контакт	тел	e-mail

Прізвище та Ім'я		
Посада		Організація
Контакт	тел	e-mail

Діагноз
Основні проблеми
Побажання дитини

Побажання родини

Алергічні реакції

Лікування

Управління нападами	Дата вимірювання маси тіла	Маса тіла (кг)
Дата		
Дата		
Дата		
Дата		
Опис схеми/типів нападів, які відбуваються зазвичай		
Препарат першої лінії	Через	хв
Препарат другої лінії	Ще через	хв
Препарат третьої лінії	Ще через	хв
Телефонувати 103 для термінової госпіталізації у лікарню	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

Рекомендований антибіотик чи режим для інфекцій, що повторюються – дозування ліків, метод введення, тривалість:

Годування:

Респіраторна підтримка/кисне терапія

План дій при обставинах, які загрожують життю

Відсмоктування дихальних шляхів	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Киснева маска	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Штучна вентиляція легень	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Внутрішньовенний доступ	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Зовнішній масаж серця	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Адреналін	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Зондування	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Термінове перевезення до лікарні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Зупинка кровотечі	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Будь ласка, зазначте інші дії	
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні


Симптоми та признаи, які варто очікувати

Лікування симгтомів при їх виникненні

## Побажання наприкінці життя

Бажане місце надання допомоги дитині/молодій людині наприкінці життя

Побажання щодо духовної та культурної підтримки

Інші побажання дитини/сім'ї, напр. щодо особистих речей та пам'яті

Побажання щодо похорон

Побажання підтримки з боку персонала, психолога ХОСБД №1

Ця сторінка була обговорена з дитиною/ /батьками/особою, яка здійснює догляд	Спеціаліст (повне ім'я та посада/ініціали)	Дата
Якщо сторінка не заповнена, опишіть причини		