

### Wzór zgłoszenia pacjenta do dostaw domowych

Dane ośrodka (*nazwa, adres, telefon*):

Data .....

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

Adres zameldowania .....

Adres dostawy domowej (*jeśli inny niż zameldowania*): .....

Upoważniona osoba/osoby do odbioru dostawy domowej w razie nieobecności chorego (*imię, nazwisko, PESEL*): .....

Skaza krwotoczna (*rodzaj, postać, obecność inhibitora*): .....

Aktualne leczenie (*preparaty, schemat leczenia, zalecane dawki: profilaktyczne, do leczenia niewielkich krwawień, comiesięczna ilość leku, jaką należy dostarczać pacjentowi w dostawie domowej*): .....

Udokumentowane uczulenie na konkretny preparat: .....

Kryterium		Punktacja
Stopień sprawności wg (ECOG)	Stopień .....	
Odległość miejsca zamieszkania od miejsca odbioru produktu leczniczego	Ilość km .....	
Sytuacja rodzinna pacjenta:	zaznaczyć właściwe:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jednoosobowe gospodarstwo domowe, samotne wychowywanie dziecka do 16 r.ż</li> </ul>	tak/nie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• praca zawodowa jedyne go członka rodziny osoby o ograniczonej sprawności ruchowej / obojga rodziców</li> </ul>	tak/nie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacjent lub rodzic pracujący zawodowo</li> </ul>	tak/nie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• konieczność korzystania z transportu publicznego (brak samochodu)</li> </ul>	tak/nie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dziecko do 7 r.ż.</li> </ul>	tak/nie	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inne (uzasadnienie pisemne) ..... .....</li> </ul>		
Profilaktyka pierwotna, wtórna lub wtórna trzeciorzędowa krwawień	tak/nie	
Program ITI	tak/nie	
Leczenie na żądanie	tak/nie	
Port, centralny dostęp żylny	tak/nie	
Suma punktów		

Data ważnego zalecenia zgodnie z kartą postępowania w ośrodku leczenia hemofilii

Podpis i pieczęć lekarza ośrodka leczenia hemofilii

**Decyzja Rady Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne:**