

醫院管理局
紓緩治療標準轉介表格

(在填寫表格前，請先閱讀背頁的填表須知)

致: _____ 醫院 / 機構

病人資料 (地址及電話號碼必須填寫)

姓名 : _____
身份證號碼 : _____
電話號碼 : _____
地址 : _____

請貼上病人標籤或在左欄填寫病人資料

1.1 轉介服務 住院紓緩治療
 會診服務
 門診紓緩治療
 日間紓緩治療
 家居紓緩治療 (請註明預計出院日期: _____)

1.2 病人目前在何處?

家居 _____ 醫院 (請註明) _____ 其他 (請註明) _____

2.1 診斷:

癌症: 原發性: _____ 轉移: _____

非癌症: (請註明診斷) _____

病人知悉診斷: 是 否 家人知悉診斷: 是 否

病人同意 (口頭) 轉介: 是 否

同意不作心肺復甦術 / 預設醫療指示: 是 否 未有討論

是否有傳染病: 是 否

如有, 請註明 _____

2.2 病史 (請提供主要資料) _____

3.1 目前情況 (請將不適用者刪去):

精神狀況: 清醒 / 睏睡 / 失去知覺 / 有定向力 / 定向力障礙

活動能力: 自行活動 / 活動需要協助 / 坐輪椅 / 臥床

飲食: 自行飲食 / 需要照顧 / 喉管餵食

其他有關資料: _____

3.2 目前用藥及劑量 (參閱臨床病人資訊系統“CMS”, 請列出CMS沒有記錄的用藥及劑量) _____

4.1 轉介原因

痛症及症狀控制 心理、社群及靈性輔導 臨終療護

其他: _____

4.2 轉介部門會否繼續跟進個案 是 否

若是, 請填寫下次覆診日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

4.3 請隨附病理學報告 / 醫事報告 / 出院摘要 / 其他確認證據 (只需提供CMS沒記錄的資料)

5 備註 _____

6 轉介醫生: _____ (正楷) _____ (簽署)

醫院 / 部門: _____

轉介醫生電話及傳真號碼: _____ (電話) _____ (傳真)

日期: _____

由紓緩治療部門填寫:

7.1 收到轉介表格日期: _____ 評估日期: _____

7.2 附註: _____ 簽署: _____

紓緩治療標準轉介表格填表須知

1. 本表格由作出轉介的醫生填寫，並傳真至紓緩治療部門。請隨附病案摘要及有關文件。
2. 如作出轉介的部門曾向多於一個紓緩治療部門轉介病人，在病人獲得其中一個部門接納後，應取消轉介其他部門的申請。
3. 請填寫病人的所有資料，地址及電話號碼必須填寫。
4. 應由主診醫生作出「住院紓緩治療」的轉介。
5. 為患有危疾重症的病人提供各類紓緩治療服務的轉介準則：
 1. 住院紓緩治療
 - 病人患有複雜的徵狀或心理社交問題，需要每天進行醫療介入性治療
 - 病人病情不穩定而需要住院紓緩治療
 - 病人需要臨終療護
 2. 會診服務 (住院病人)
 - 正於非紓緩治療部門住院的病人，出現嚴重或複雜徵狀，以及面對醫療、心理和社交問題時，需要紓緩治療
 - 病人需要紓緩治療，但心理上未作好準備接受住院紓緩治療轉介或當時身體狀況不適宜轉送到紓緩治療病房
 3. 門診紓緩治療
 - 病人患有徵狀或與晚期疾病有關的心理社交問題，需要專科紓緩治療，並適合於門診接受有關治療
 - 已出院的病人而需接受持續紓緩治療跟進
 4. 日間紓緩治療
 - 居住在社區的病人，患有多項而重覆發生或慢性的徵狀 (例如氣喘、疲勞)，需要接受一站式跨專業團隊的日間紓緩治療服務
 - 病人患有重覆發生的徵狀，需要介入性治療 (例如：腹水引流、輸血)
 5. 家居紓緩治療
 - 病人需要相比門診紓緩治療，更深切的徵狀監測及護理
 - 病人體弱而不能到門診就診
 - 病人和家屬需要接受輕度至中度的心理社交輔導 / 協助
 - 家人需要支援以在家中照顧病人
 - 已出院的病人需接受持續家居紓緩治療
 - 哀傷輔導
 - 按照病人 / 家人意願，協助病人留在家中直至離世