**Konsīlija slēdziena noformēšanas nosacījumi paliatīvās aprūpes pacientam, kuram tiek vērtēta nepieciešamība saņemt paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumus jeb hospisa aprūpi dzīvesvietā**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.p.k.** | **Rādītājs** | **Saturs** |
| 1 | **Konsīlija datums** | Norāda datumu, kad ir veikts konsīlijs, papildus norāda, vai konsīlijs veikts pacienta klātbūtnē, vai bez tās.\* |
| 2 | **Ārstniecības iestāde** | Tiek norādīta ārstniecības iestāde, kurā notika konsīlijs |
| 3 | **Personas dati** | Personas vārds , uzvārds, personas kods, deklarētā un faktiskās dzīvesvieta, tālrunis, e- pasts |
| 4 | **Pamata diagnoze** | Diagnoze vārdiem atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm |
| 5 | **Blakus diagnoze/s** | Diagnoze/s atbilstoši SSK-10 klasifikatoram, t.sk diagnozes kods diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm |
| 6 | **TNM klasifikācija (aizpilda, ja pacientam ir ļaundabīga audzēja diagnoze)** | **T** **N** **M** **G** **pT**  Ja dažādu iemeslu dēļ tas nav iespējams, tad jāsniedz paskaidrojums (piemēram, nav veikta operācija). |
| 7 | **Slimības stadija (aizpilda, ja pacientam ir ļaundabīga audzēja diagnoze)** | Norāda slimības stadiju *(O, Ois, OA, I, IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2, IC, II, IIA, IIB, IIC, III, IIIA, IIIB, IIIC, IV, IVA, IVB, IVC, neprecizēta – X)* |
| 8 | **Diagnoze apstiprināta** | Norāda kāda izmeklējuma laikā ir veikta audu parauga paņemšana, kas apstiprina diagnozi, vai ar kāds izmeklējums/i apstiprina uzstādīto pamatdiagnozi, ja diagnoze nav apstiprināta morfoloģiski |
| 9 | **Morfoloģija (ja ir veikta)** | Morfoloģijas atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un citu patoloģiskās izmeklēšanas laikā iegūto informāciju, piemēram, receptoru stāvoklis, molekulāri bioloģiski rādītāji vai mutācijas. |
| 10 | **Ar slimību vai tās terapiju saistītas komplikācijas** | Šajā sadaļā norāda ar slimības tālākas progresēšanas vai ar terapiju saistītos riskus veselībai un iespējamās blaknes. |
| 11 | **Lēmums par paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma pacienta dzīvesvietā jeb hospisa aprūpi pacienta dzīvesvietā nepieciešamību** | * vai ir nepieciešams paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums jeb hospisa aprūpe pacienta dzīvesvietā\*\* (ir/nav nepieciešams) |
| 12 | **Ārstniecības personas** | Norāda ārstniecības personas vārdu, uzvārdu, specialitāti, kas piedalījās konsīlijā un ārstniecības personas ar savu parakstu un zīmogu apliecina pieņemto lēmumu. |

\*Ja konsīlijs notiek bez pacienta klātbūtnes, pacientu konsīlija rezultātu iepazīstina ārstējošais ārsts

\*\* Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums jeb hospisa aprūpe pacienta dzīvesvietā ir indicēta, ja pacienta prognozējamā dzīvildze ir līdz 6 mēnešiem, balstoties uz Ārstniecības likuma 1.panta 31.punktu. Izvērtējot minēta pakalpojuma nepieciešamību, pacienta medicīniskajā dokumentācijā – stacionārajā vai ambulatorajā medicīnas kartē jābūt ierakstam par pacienta prognozējamo dzīvildzi.