

Допълнителен лист към ИЗ № **ДОКУМЕНТ № 1а**

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ В ТЕРМИНАЛЕН СТАДИЙ

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ			
Име год. Адрес: ЕГН тел.: професия: Здравно осигурен: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Общо практикуващ лекар: Трите имена: тел.:		
ОНКОЛОГИЧЕН КОМИТЕТ РЕШЕНИЕ ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ			
ДИАГНОЗА: Код на заболяването по МКБ-9 Хистологичен резултат №/ дата ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА МЕТА СТАДИЙ Клинични индикации за спиране на активно (противотуморно) лечение			
Комисия /състав/:	Трите имена	Подпис	Печат
1.
2.
3.
Дата:			
ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ			
Изследвания и операция /и/:	Дата:	Лечебно заведение:	
.....	
.....	
.....	
Лъчетерапия (вид, място):			
Химиотерапия (вид в т.ч. Хормонотерапия и имунотерапия)			
Предоставена Декларация за информирано съгласие - Предварително решение Получих декларацията: Дата: Подпис:			