Załącznik nr 5

*WZÓR*

**FORMULARZ**

**INDYWIDUALNEGO PLANU LECZENIA I ŻYWIENIA W RAMACH OPIEKI KORD**

………………………………………………………………………………….……………………………………………….

………………………………………………………………………………….……………………………………………….

*Nazwa podmiotu leczniczego*

………………………………………………………………………………….……………………………………………….

*(imię i nazwisko* *opiekuna prawnego dziecka)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL dziecka albo data urodzenia dziecka

Zgodnie z Pani/Pana zgodą, dziecko

……………………………………………………………………………..……………….…………..…

*(imię i nazwisko dziecka)*

zostało objęte **KOMPLEKSOWĄ OPIEKĄ ROZWOJOWĄ NAD DZIECKIEM URODZONYM PRZEDWCZEŚNIE ZGODNIE Z NINIEJSZYM INDYWIDUALNYM PLANEM LECZENIA:**

1. badania laboratoryjne *(wykaz badań, nazwa, adres oraz numer telefonu świadczeniodawcy, ewentualnie data wykonania badania)*

……………………………………………………………………………………………..............

……………………………………………………………………………………………..............

……………………………………………………………………………………………..............

1. badania obrazowe *(wykaz badań, nazwa, adres oraz numer telefonu świadczeniodawcy, data wykonania badania\*),* w tym:
2. badanie rezonansu magnetycznego (*nazwa, adres oraz numer telefonu świadczeniodawcy, data wykonania badania)*

…………………………………………………………………………………………………

1. badanie ultrasonograficzne (*nazwa, adres oraz numer telefonu świadczeniodawcy, data wykonania badania)*

…………………………………………………………………………………………………

1. inne (*nazwa badania, nazwa, adres oraz numer telefonu świadczeniodawcy, data wykonania badania*)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. poradnia neurologiczna (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady\*)*

…………………………………………………………………………………………………….

1. poradnia okulistyczna *(nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady\*)*

……………………………………………………………………………………………………..

1. poradnia chirurgiczna *(nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady\*)*

…………………………………………………………………………………………………..…

1. poradnia rehabilitacyjna *(nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady\*)*

………………………………………………………………………………………………...…...

1. ośrodek rehabilitacji dziennej (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*\*)

………………………………………………………………………………………………..……

1. poradnia logopedyczna (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*\*)

…………………………………………………………………………………..…………………

1. poradnia psychologiczna (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady*\*)

…………………………………………………………………………………………..…………

1. poradnia inna *(nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady\*)*

…………………………………………………………………………………………………….

1. Indywidualny Plan Żywienia (*masa ciała w kg, wzrost, odczyt siatki centylowej, nazwy preparatów z kategorii żywności specjalnego przeznaczenia medycznego, dawkowanie, data porady*\*)

…….………………………………………………………………………………………….……

1. terapia zaburzeń wzrastania (*nazwa poradni specjalistycznej, adres oraz numer telefonu, data porady*\*)

…….………………………………….……………………………………………………..…

1. terapia zaburzeń karmienia (*nazwa poradni specjalistycznej, adres oraz numer telefonu, data porady*\*)

…….…………………………………………………………………………………………...

1. terapia lekowa w programie lekowym (*nazwa leku, dawka, częstość podania*) …………………………………………………………………………………………………….
2. leczenie farmakologiczne (*produkty lecznicze wraz z dawkowaniem*)

………………………………………………………..……………………………………………

1. data kolejnej wizyty u koordynatora procesu leczenia

……………………………………………………………………………………………..…

Asystent opieki (imię i nazwisko oraz numer telefonu)

…………………………………………………………………………………………………..…

Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach

……………………………………………………………………………………………………………………...…..

…………………………..…………………….…….. ……………………………………………………….

*Data Czytelny podpis opiekuna prawnego dziecka*

*……………………………………………………………...*

*Oznaczenie i podpis koordynatora procesu leczenia*

*\* Wyznaczona przez koordynatora procesu leczenia w czasie opracowywania indywidualnego planu leczenia.*