**Formatka do edycji i wydruku
Kompleksowe i całościowe podsumowanie wypisu ze szpitala dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub dla lekarzy w poradni**

**Stworzenie kompleksowego i całościowego podsumowania wypisu ze szpitala ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia ciągłości opieki, zwłaszcza gdy wymagane jest kontynuowanie lub wdrożenie interwencji żywieniowej. Takie podsumowania ułatwiają płynne przejście ze szpitala do opieki domowej, umożliwiając lekarzowi POZ lub lekarzom w poradni skuteczne zarządzanie i monitorowanie powrotu pacjenta do zdrowia.**

**Kluczowe elementy kompleksowego podsumowania wypisu:**

Informacje o pacjencie: imię i nazwisko, data urodzenia i dane kontaktowe, podstawowa
i drugorzędna diagnoza, istotna historia medyczna.

**Przebieg pobytu w szpitalu:**

* Powód przyjęcia i podsumowanie pobytu w szpitalu.
* Zastosowane leczenie, w tym zabiegi chirurgiczne i interwencje medyczne.
* Reakcja na leczenie i wszelkie napotkane powikłania.
* Rehabilitacja/konsultacja z fizjoterapeutą podczas pobytu w szpitalu.
* Ocena siły mięśniowej (zwłaszcza gdy nastąpił spadek).

**Przebieg leczenia żywieniowego w szpitalu:**

* Wynik przesiewowej oceny stanu odżywienia (SGA/NRS 2002) przy przyjęciu: ……….
* Leczenie żywieniowe na oddziale:
	+ doustne: *[nazwa preparatu, ile razy dziennie, ile dni]*
	+ dojelitowe: *[nazwa preparatu, schemat podaży]*
* Wynik przesiewowej oceny stanu odżywienia (SGA/NRS 2002) przy wypisie: ………..
* Zmiana masy ciała podczas hospitalizacji: …………

**Leki wypisowe:**

* Pełna lista leków przepisanych przy wypisie, w tym dawki i instrukcje podawania.
* Odnotowanie wszelkich zmian wprowadzonych do leków stosowanych przed hospitalizacją.

**Interwencje żywieniowe:**

* Szczegółowe zalecenia dietetyczne dostosowane do stanu pacjenta.
* Przepisane produkty żywienia medycznego – podanie nazwy, dawki i określenie czasu stosowania trwania (np. Zalecono 2 x dziennie żywność medyczną [nazwa preparatu] przez 4-6 tygodni.
* Wskazane monitorowanie postępu po 4 tygodniach i kontynuowanie interwencji, aż do osiągnięcia celów żywieniowych).
* Jasne kryteria oceny skuteczności interwencji żywieniowych, takie jak przyrost masy ciała (np. do konkretnej liczby kg), poprawa wyników laboratoryjnych lub zwiększenie sprawności fizycznej.

**Opieka kontrolna:**

* Zaplanowane wizyty u specjalistów: fizjoterapeuty, lekarza pierwszego kontaktu, farmaceuty (konsultacja w celu uniknięcia interakcji, polipragmazji).
* Zalecane modyfikacje stylu życia, w tym wytyczne dotyczące aktywności fizycznej

(np. 20 minut ćwiczeń aerobowych dziennie i trening siłowy 2-3 razy w tygodniu).

* Informacja o przekazanych materiałach edukacyjnych.
* Instrukcje dotyczące monitorowania objawów i parametrów wymagających pomocy

medycznej.



**Materiały edukacyjne dla pacjenta:**

Więcej informacji o żywieniu i aktywności fizycznej po wypisie ze szpitala na stronie: <https://polspen.pl/dla-pacjentow-wypis/>

**Komunikacja z lekarzem POZ:**

* Bezpośrednie dane kontaktowe lekarza wypisującego ze szpitala.
* Zachęta dla lekarza POZ do kontaktu w przypadku jakichkolwiek pytań lub wyjaśnień

dotyczących planu wypisu.

**Najlepsze praktyki dotyczące tworzenia podsumowania wypisu:**

* Jasność i zwięzłość: Używaj jasnego i prostego języka, aby lekarz POZ mógł szybko

zrozumieć stan pacjenta i plan opieki.

* Ustrukturyzowany format: Uporządkuj informacje w przejrzystych nagłówkach,

aby ułatwić nawigację i odniesienie.

* Terminowość: istotne jest dostarczenie podsumowania wypisu do lekarza POZ niezwłocznie, aby zapobiec wszelkim lukom w opiece (edukacja pacjenta).
* Pacjent w centrum uwagi: uwzględnienie informacji na temat preferencji pacjenta,

wsparcia społecznego i potencjalnych barier w przestrzeganiu planu opieki.

*Przestrzegając powyższych wytycznych, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mogą*

*poprawić jakość podsumowań wypisu, co ma wpływ na lepsze wyniki pacjentów*

*i usprawnia współpracę między zespołami szpitalnymi a lekarzami POZ.*