załącznik nr 6 do zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ

KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania pacjenta……

Pesel .....

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

…….

……

…….

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz 00	Do godz 00	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz 00	Do godz 00	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna