



Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Imię i nazwisko:

PESEL

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

| |
|---|
| 1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo-mięśniowych, OUN i płucnych |
| 2. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji. |
| 3. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV |
| 4. Wentylacja przez tracheostomię, rana jest zagojona, a wymiana rurki odbywa się bez trudności. |
| 5. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza. |
| 6. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia. |
| 7. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie. |

II. Rozpoznanie:

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

KOD ICD10

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

III. Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej

| |
|---|
| 1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia. |
| 2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja. |
| 3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii. |
| 4. Chory wydolny i stabilny krążeniowo, nie wymaga podaży amin presyjnych. |
| 5. Chory wentylowany inwazyjnie, ma założoną tracheostomię, wentylacja konwencjonalna przy FiO2 < 0,4. |
| 6. Chory przy braku możliwości żywienia drogą doustną, ma założoną sondę żołądkową/ gastrostomię odżywczą i jest zakwalifikowany do żywienia dietą przemysłową. |

IV. Zalecenia lekarskie:

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| a) do tej pory prowadzono wentylację: | | |
| TRYB | | |
| PEEP | | |
| FiO2 | | |



Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

| | | |
|----------------------|--|--|
| Inne parametry | | |
| b) przyjmowane leki: | | |
| c) dieta: | | |
| d) rehabilitacja: | | |
| e) inne: | | |

V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:

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

VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

| | |
|----------------------|--|
| CRP | |
| Kreatynina i mocznik | |
| Morfologia | |
| Elektrolity | |
| Gazometria | |
| ASPAT, ALAT | |

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

Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

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

Podpis lekarza anestezjologa, data