

KWALIFIKACJA
do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (podstawowe dane, przebyte choroby, operacje)

.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

.....

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:

stałej 24 h / dobę okresowoh/dobę

wentylacja przez tracheostomię/maskę twarzową/inne.....

(rozmiar rurki tracheotomijnej.....)

konieczne mechaniczne odsysanie wydzieliny oskrzelowej TAK/NIE

3. Układ krążenia: wydolny , ciśnienie krwi.....tętno/min

4. Układ pokarmowy

.....

• gastrostomia zgłębnik do żołądka nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy

.....

nietrzymanie moczu cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

.....
.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....
.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Zalecenia lekarskie:

1. Wentylacja mechaniczna (tryb, PEEP, Fi O₂, inne istotne parametry)

.....
.....

2. Inne zalecenia (przyjmowane leki, dieta, rehabilitacja, inne istotne zalecenia)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe, lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego
2. przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)
3. w chwili obecnej nie wymagana jest hospitalizacja w oddziale intensywnej terapii lub pobyt w zakładzie opieki całodobowej.

Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

.....

Data

.....

pieczęć, podpis lekarza
specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii