

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)		Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna
	Od godz ⁰⁰	Do godz ⁰⁰	

*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