

Pieczętka zakładu kierującego

DATA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PŁEĆ K / M

ADRES ZAMIESZKANIA

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTÓW DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI W WARUNKACH STACJONARNYCH

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 opracowane są chirurgicznie	

II. ROZPOZNANIE

CHOROBA ZASADNICZA	ICD 10
CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE	ICD 10

III. STWIERDZAM, ŻE U OSOBY WYŻEJ WYMIENIONEJ

1.	Zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia	
2.	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 złożoną 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	

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

IV. ZALECENIA LEKARSKIE

Do tej pory prowadzono wentylację		
TRYB		
PEEP		
FiO ₂		
Inne parametry		
Przyjmowane leki		
Dieta*	Kuchenna*	Przemysłowa* (nazwa)
Zgłębnik nosowo-żołądkowy*	Data założenia/wymiany	
Gastrostomia*	Data założenia	
Jejunostomia*	Data założenia	
Dni leczenia żywieniowego	Dni	
Rehabilitacja		
Uwagi		

* zaznaczyć właściwe

V. AKTUALNE WYNIKI POSEWÓW MIKROBIOLOGICZNYCH MATERIAŁU POBRANEGO Z DRZEWA OSKRZELOWEGO – prosimy dołączyć kopie lub odpisy wyników

--

VI. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH – prosimy dołączyć kopie lub odpisy wyników następujących badań laboratoryjnych: CRP, kreatynina, mocznik, morfologia, elektrolity (Na, K), gazometria, AspAT, AIAT

pieczętka jednostki kwalifikującej	podpis i pieczętka lekarza
------------------------------------	----------------------------