

## KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ\* lub NIEINWAZYJNEJ\*

Imię i Nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania pacjenta: .....

Pesel: .....

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

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

Data, imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza zespołu  
długoterminowej opieki domowej

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