

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTÓW  
DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ  
W WARUNKACH STACJONARNYCH**

DATA.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA		PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA			
<b>I. PACJENT SPEŁNIAJĄCY NASTĘPUJĄCE KRYTERIA KWALIFIKACJI</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1	Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowomięśniowych, OUN, i płucnych		
2	Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, 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 jest gastrostomia odżywcza		
6	Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia		
7	Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie		
<b>II. ROZPOZNANIA :</b>			
<b>CHOROBA ZASADNICZA ( kwalifikująca )</b>		<b>ICD 10</b>	
<b>CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE</b>			
<b>III. STWIERDZAM, ŻE U OSOBY WYŻEJ WYMIENIONEJ :</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
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 inwazyjna wentylacja mechaniczna		
3	W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji i 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 < 0,35		
6	Chory przy braku możliwości żywienia drogą doustną ma założoną: sondę żołądkową / gastrostomię odżywcza i jest zakwalifikowany do żywienia dietą przemysłową		

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTÓW  
DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ  
W WARUNKACH STACJONARNYCH**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA						PESEL	
IV. ZALECENIA LEKARSKIE :							
PARAMETRY WENTYLACJI				TRYB	PEEP		FiO2
RURKA TRACHEOSTOMIJNA	typ, rozmiar		data założenia		data ostatniej wymiany		
SONDA ŻOŁĄDKOWA	typ, rozmiar		data założenia		data ostatniej wymiany		
GASTROSTOMIA	typ, rozmiar		data założenia		data ostatniej wymiany		
<b>DIETA*</b>	PRZEMYSŁOWA* - nazwa , dobową objętość				KUCHENNA*		
masa ciała :				BMI :			
ILOŚĆ DNI LECZENIA ŻYWIENIOWEGO :							
REHABILITACJA :							
AKTUALNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE :							
<b>KSEROKOPIE AKTUALNYCH WYNIKÓW BADAŃ</b>	posiewy mikrobiologicznego materiału pobranego z : drzewa oskrzelowego						
	Wymaz na nosicielstwo KPC z: nosa , odbytu						
badania laboratoryjne : CRP , kreatynina , mocznik , morfologia , elektrolity , gazometria , AspAT , AIAT							

legenda : \* zaznacz odpowiednie

data

pieczętka i podpis lekarza anestezjologa