

pieczęć zakładu kierującego

KWALIFIKACJA

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

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL..... Płeć K M

Adres zamieszkania

I. Wywiad (podstawowe dane o stanie zdrowia, 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/stabilna niewydolność krążenia.....

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 samo pielęgnacji

.....

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 w/w pacjenta:

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 i podpis lekarza specjalisty posiadającego uprawnienia do kwalifikacji pacjenta