

**DOMOWY ZESPÓŁ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I WENTYLACJI
MECHANICZNEJ CARITAS ARCHIDIECEZJI WARMIŃSKIEJ W OLSZTYNIE**

Ul. Kromera 5-7, 10-129 OLSZTYN, tel/fax (89) 534 00 55

**KARTA KWALIFIKACJI DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI
W DOMOWYM ZESPOLE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I WENTYLACJI MECHANICZNEJ**

Nazwisko i imię:		PESEL	
------------------	--	-------	--

ROZPOZNANIE LEKARSKIE

--

KOD ICD-10

--

STWIERDZAM, ŻE U OSOBY WYŻEJ WYMIENIONEJ:

1. Zakończono i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.	TAK	NIE
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż wentylacja mechaniczna.	TAK	NIE
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale szpitalnym.	TAK	NIE

ZALECENIA LEKARSKIE

1) do tej pory prowadzono wentylację:			
TRYB			
PEEP			
FiO2			
Inne parametry			
Rozmiar rurki tracheotomijnej		Data wymiany/ założenia:	
2) przyjmowane leki, postaci, dawkowanie:			
3) dieta:			
4) rehabilitacja:			

--	--	--	--

DOMOWY ZESPÓŁ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I WENTYLACJI MECHANICZNEJ CARITAS ARCHIDIECEZJI WARMIŃSKIEJ W OLSZTYNIE

Ul. Kromera 5-7, 10-129 OLSZTYN, tel/fax (89) 534 00 55

--

OŚWIADCZAM, ŻE PACJENT SPEŁNIA NASTĘPUJĄCE KRYTERIA KWALIFIKACJI:

1. Stwierdzona niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń - nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.	TAK	NIE
2. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.	TAK	NIE
3. Wymaga wentylacji jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.	TAK	NIE
4. Wentylacja inwazyjna przez tracheostomię, LUB nieinwazyjna przez dobraną odpowiednio maskę	TAK	NIE
5. Przy współistniejących zaburzeniach polykania założona gastrostomia odżywcza.	TAK	NIE
6. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia, bez antybiotykoterapii.	TAK	NIE
7. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie i wdrożona jest procedura leczenia odleżyn	TAK	NIE

Pieczęćka jednostki kwalifikującej zaw REGON i NIP	Podpis i pieczęćka lekarza specjalisty anestezjologii, DATA!
--	--

--	--	--	--