

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

miejsowość..... data.....

SKIEROWANIE

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

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Rozpoznanie (choroba zasadnicza):

.....

..... kod ICD –10.....

Zalecenia lekarskie (cel porady) : Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

1. pacjent nie otrzymał skierowania do objęcia opieką paliatywną, hospicyjną, tlenoterapii w warunkach domowych lub pielęgniarstwa długoterminowej.
2. pacjent nie otrzymał wniosku o zabezpieczenie w aparat do leczenia bezdechu sennego

.....

Pieczęć, podpis lekarza

W załączeniu:

1. kwalifikacja do objęcia opieką w warunkach domowych wydana przez specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub specjalistę chorób płuc (tylko w przypadku wentylacji nieinwazyjnej)
2. karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis)