

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**KWALIFIKACJA
DO OBJĘCIA OPIEKĄ PRZEZ ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ
DLA PACJENTÓW / DZIECI I MŁODZIEŻY WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA											
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA :											

PACJENT SPEŁNIA NASTĘPUJĄCE KRYTERIA KWALIFIKACJI
Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo-mięśniowych, OUN, płucnych lub innych
Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy określonych parametrach wentylacji
W przypadku wentylacji przez tracheostomię rana jest wygojona a wymiana rurki odbywa się bez trudności
Przy współistniejącej dysfagii założono sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego / pacjent zakwalifikowany do żywienia dojelitowego w warunkach domowych diety przemysłową
Stan pacjenta stabilny, brak cech czynnego zakażenia
Skóra bez odleżyn lub odleżyny zabezpieczone w trakcie gojenia

ROZPOZNANIA Z KODAMI ICD 10
ROZPOZNANIE GŁÓWNEICD10.....
ROZPOZNANIA WSPÓLISTNIEJĄCEICD10.....
.....ICD10.....

STWIERDZAM, ŻE U OSOBY WYŻEJ WYMIENIONEJ :
Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe, lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego.
Przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)
W chwili obecnej nie wymagana jest hospitalizacja w oddziale intensywnej terapii lub pobyt w zakładzie opieki całodobowej.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA												
PESEL												

<p>UKŁAD ODDECHOWY NIEWYDOLNY – WYMAGA WENTYLACJI MECHANICZNEJ</p> <p><input type="checkbox"/> STAŁEJ 24 H / DOBĘ <input type="checkbox"/> OKRESOWEJH / DOBĘ ,</p> <p><input type="checkbox"/> WENTYLACJA INWAZYJNA ROZMIAR RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ</p> <p>KONIECZNE MECHANICZNE ODSYSANIE WYDZIELINY OSKRZELOWEJ : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> WENTYLACJA NIEINWAZYJNA</p> <p>PARAMETRY WENTYLACJI</p> <p>TRYB WENTYLACJI....., PEEP: cm H₂O, Fi O₂.....%,</p> <p>Vt ml, CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW/min, PS cm H₂O</p> <p>DODATKOWY O₂: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK l/min.....godz./dobę</p>												
<p>UKŁAD KRAŻENIA: WYDOLNY , CIŚNIENIE TĘTNICZE /.....mmHg, TĘTNO :...../min,</p>												
<p>UKŁAD POKARMOWY : <input type="checkbox"/> ŻYWIONY DOUSTNIE <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA <input type="checkbox"/> ZGŁĘBNIK NOSOWY <input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIA</p>												
<p>UKŁAD MOCZOWO- PŁCIOWY: <input type="checkbox"/> STAN PRAWIDŁOWY <input type="checkbox"/> NIETRZYMANIE MOCZU <input type="checkbox"/> CEWNIK DO PĘCHERZA</p>												
<p>UKŁAD RUCHU ORAZ OCENA STOPNIA SAMODZIELNOŚCI W SAMOOBSŁUDZE I SAMOPIELĘGNACJI</p> <p><input type="checkbox"/> CHODZĄCY <input type="checkbox"/> PORUSZAJĄCY SIĘ Z POMOCĄ OSÓB DRUGICH / PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH</p> <p><input type="checkbox"/> SIADAJĄCY W ŁÓŻKU <input type="checkbox"/> LEŻĄCY</p> <p><input type="checkbox"/> PEŁNA SAMOOBSŁUGA <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA SAMOOBSŁUGA <input type="checkbox"/> SAMOOBSŁUGA NIEMOŻLIWA</p>												
<p>UKŁAD NERWOWY I NARZĄDY ZMYŚŁÓW :</p> <p><input type="checkbox"/> PRZYTOMNY <input type="checkbox"/> NIEPRZYTOMNY <input type="checkbox"/> W KONTAKCIE <input type="checkbox"/> BEZ KONTAKTU</p>												

PACJENT ZAKWALIFIKOWANY DO OBJĘCIA OPIEKĄ PRZEZ ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA PACJENTÓW / DZIECI I MŁODZIEŻY WENTYLLOWANYCH MECHANICZNIE

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza
specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii
lub chorób płuc (tylko dla wentylacji nieinwazyjnej)