PIECZĘĆ ODDZIALU

KWALIFIKACJA
Do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów / dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie

Imię i nazwisko pacjenta											
PESEL pacjenta											
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 dietą przemysłową.
- ☐ Stan pacjenta stabilny, brak cech czynnego zakażenia.
- ☐ Skóra bez odleżyn lub odleżyny zabezpieczone w trakcie gojenia.

ROZPOZNANIA Z KODAMI ICD 10

ROZPOZNANIE GŁÓWNE ..... ICD10 .....

ROZPOZNANIA WSPÓŁISTNIEJĄCE ..... ICD10 .....

..... 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 pacjenta											

UKŁAD ODDECHOWY NIEWYDOLNY – WYMAGA WENTYLACJI MECHANICZNEJ:

☐ STAŁEJ 24 H / DOBĘ ☐ OKRESOWEJ..... H / DOBĘ,

☐ WENTYLACJA INWAZYJNA ROZMIAR RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ:.....

KONIECZNE MECHANICZNE ODSYSANIE WYDZIELINY OSKRZELOWEJ:

☐ TAK ☐ NIE ☐ WENTYLACJA NIEINWAZYJNA

PARAMETRY WENTYLACJI:

TRYB WENTYLACJI....., PEEP: ..... cm H_2O, Vt ..... ml,

CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW..... /min, PS..... cm H_2O

DODATKOWY O_2:

☐ NIE ☐ TAK ..... l/min..... godz./dobę

UKŁAD KRĄŻENIA:

WYDOLNY, CIŚNIENIE TĘTNICZE..... /..... mmHg, TĘTNO :..... /min,

ŻYWIENIE:

☐ DOUSTNE ☐ DOJELITOWE ☐ POZAJELITOWE ☐ MIESZANE

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY:

☐ STAN PRAWIDŁOWY ☐ NIETRZYMANIE MOCZU ☐ CEWNIK DO PĘCHERZA

UKŁAD RUCHU ORAZ OCENA STOPNIA SAMODZIELNOŚCI W SAMOOBSŁUDZE I SAMOPIELĘGNACJI:

☐ CHODZĄCY ☐ PORUSZAJĄCY SIĘ Z POMOCĄ OSÓB DRUGICH / PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH

☐ SIADAJĄCY W ŁÓŻKU ☐ LEŻĄCY ☐ PEŁNA SAMOOBSŁUGA

☐ CZĘŚCIOWA SAMOOBSŁUGA ☐ SAMOOBSŁUGA NIEMOŻLIWA

UKŁAD NERWOWY I NARZĄDY ZMYSŁÓW :

☐ PRZYTOMNY ☐ NIEPRZYTOMNY ☐ W KONTAKCIE ☐ BEZ KONTAKTU

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

....

Data

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