



PIECZĘĆ PORADNI

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

ROZPOZNANIA Z KODAMI ICD 10
ROZPOZNIANIE GŁÓWNE ICD10.....
ROZPOZNIANIA WSPÓLISTNIEJĄCE..... ICD10.....
..... ICD10.....

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

Imię i nazwisko pacjenta												
PESEL pacjenta												

<p>UKŁAD ODDECHOWY NIEWYDOLNY – WYMAGA WENTYLACJI MECHANICZNEJ:</p> <p><input type="checkbox"/> STAŁEJ 24 H / DOBĘ <input type="checkbox"/> OKRESOWEJ..... H / DOBĘ,</p> <p><input type="checkbox"/> WENTYLACJA INWAZYJNA ROZMIAR RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ:.....</p> <p>KONIECZNE MECHANICZNE ODSYSANIE WYDZIELINY OSKRZELOWEJ:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> WENTYLACJA NIEINWAZYJNA</p> <p>PARAMETRY WENTYLACJI:</p> <p>TRYB WENTYLACJI....., PEEP:..... cm H₂O, Fi O₂..... %, Vt..... ml,</p> <p>CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW..... /min, PS..... cm H₂O</p> <p>DODATKOWY O₂:</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK..... l/min..... godz./dobę</p>
<p>UKŁAD KRAŻENIA:</p> <p>WYDOLNY, CIŚNIENIE TĘTNICZE..... /..... mmHg, TĘTNO :..... /min,</p>
<p>UKŁAD POKARMOWY:</p> <p><input type="checkbox"/> ŻYWIONY DOUSTNIE <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA <input type="checkbox"/> ZGŁĘBNIK NOSOWY <input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIA</p>
<p>UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY:</p> <p><input type="checkbox"/> STAN PRAWDŁOWY <input type="checkbox"/> NIETRZYMANIE MOCZU <input type="checkbox"/> CEWNIK DO PĘCZERZA</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 <input type="checkbox"/> PEŁNA SAMOOBSŁUGA</p> <p><input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA SAMOOBSŁUGA <input type="checkbox"/> SAMOOBSŁUGA NIEMOŻLIWA</p>
<p>UKŁAD NERWOWY I NARZĄDY ZMYŚLÓW :</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 WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE.**

.....
Data

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