

Kwalifikacja do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego dla Wentylowanych Mechanicznie

Imię i nazwisko pacjentaPESEL.....

RozpoznanieICD 10.....

wymaga (właściwe zaznaczyć) :

1. Stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora przewlekłej wentylacji mechanicznej

- Ciągłej
- Okresowej

2. Nieinwazyjnej przewlekłej wentylacji mechanicznej

- Ciągłej
- Okresowej

Oraz :(właściwe zaznaczyć)

3. Zostało udokumentowane i ukończone leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia. Pacjent nie wymaga hospitalizacji na oddziale Intensywnej Opieki Medycznej w Szpitalu

4. Została zdiagnozowana przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu schorzeń nerwowo - mięśniowych, OUN i płucnych

5. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji

6. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.

7. Wentylacja prowadzona przez tracheostomię, rana jest zagojona, a wymiana rurki odbywa się bez trudności.

8. Założona jest gastrostomia

9. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia

10. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie.

Data.....

Podpis lekarza anestezjologa

Pieczęć zakładu kierującego

