



Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Nazwisko i imię:

PESEL:

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.
2. Stan stabilny, brak cech czynnego zakażenia.
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.
4. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.
5. Nie wymaga wysokich $FiO_2 = > 50\% O_2$.
6. Wentylacja przez tracheostomię, rana jest zagojona, wymiana rurki odbywa się bez trudności.
7. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założony PEG , PEJ * zaznaczyć właściwe
8. Brak odleżyn IV, V stopnia

II. Rozpoznanie, kod ICD 10

.....
.....
.....

III. Stwierdzam , że u osoby wyżej wymienionej:

1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii

IV. ZALECENIA LEKARSKIE

<u>1. Do tej pory prowadzono wentylację:</u>	
TRYB	
PEEP	
Fi O2	
Inne parametry	
Rozmiar rurki tracheotomijnej	

2. Przyjmowane leki (nazwa, dawka):

3. Rodzaj diety, dobową objętość diety:

4. Rehabilitacja:

5. Inne zalecenia:

V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:

.....
.....
.....
.....

VI. Aktualne wyniki posiewu z moczu

.....
.....
.....

VII. Aktualne wyniki posiewu z krwi

.....
.....
.....

VIII. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

- CRP.....
- Kreatynina i mocznik.....
- Morfologia.....
- Elektrolity.....
- Gazometria.....
- ASPAT, ALAT.....

.....
(Pieczęć podmiotu leczniczego kwalifikującego)

.....
(Podpis lekarza anestezjologa, data)