

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: tak – nie*
2. Stan stabilny, brak cech czynnego zakażenia: tak – nie*
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji: tak – nie*
4. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV: tak – nie*
5. Nie wymaga wysokich FiO2=>50%O2 : tak – nie *
6. Wentylacja przez tracheostomię, rana jest zagojona, a wymiana rurki odbywa się bez trudności : tak – nie *
7. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założony PEG, PEJ *
8. Brak odleżyn IV, V stopnia: tak- nie*

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: tak- nie*
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja: tak- nie*
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii: tak- nie*

IV. Zalecenia lekarskie :

1. Do tej pory prowadzono wentylację:	
TRYB	
Peep	
FiO2	
Inne parametry	
Rozmiar rurki tracheostomijnej	

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: data.....

.....

VI. Aktualne wyniki posiewu moczu: data.....

.....

VII. Aktualne wyniki z posiewu krwi: data.....

.....

VIII. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych: data.....•

CRP data.....	
Kreatynina i mocznik data.....	
Morfologia data.....	
Elektrolity/data.....	
Gazometria data.....	
Aspat, Alat data.....	

.....
 pieczęć podmiotu leczniczego kwalifikującego

.....
 data, podpis lekarza anestezjologa

*) właściwe zakreślić

