

Pieczętka szpitala

....., dnia ..... 20.....r.

## KWALIFIKACJA DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

Pacjent

(imię i nazwisko).....

PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Adres zamieszkania

.....

Adres pobytu (jeśli inny niż zamieszkania)

.....

Nr telefonu pacjenta/opiekuna

.....

Rozpoznanie

(ICD10).....

.....

Oświadczam, że pacjent w dniu wystawienia kwalifikacji przebywa na oddziale w/w szpitala.

Został/a zakwalifikowany/na do nieinwazyjnej / inwazyjnej\* wentylacji mechanicznej w warunkach domowych.

Pacjent wymaga stosowania wentylacji mechanicznej celem podtrzymania funkcji życiowych. Brak kontynuacji w/w terapii bezpośrednio zagraża zdrowiu i życiu pacjenta.

**Zalecany czas trwania wentylacji:**

do 8h/dobę     8-16h/dobę     pow. 16h/dobę     24h/dobę

---

\*\* pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego

\* podkreślić właściwe/ \*\* kwalifikacji do wentylacji inwazyjnej może dokonać lekarz ze specjalizacją z anesteziologii, nieinwazyjnej natomiast ze specjalizacją z anesteziologii i pulmonologii