

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: J.96.1 (przewlekła niewydolność oddechowa)

Pozostałe rozpoznania:

.....

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

Pacjent został zakwalifikowany 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

* zaznaczyć właściwe /** kwalifikacji do wentylacji inwazyjnej może dokonać lekarz ze specjalizacją z anestezjologii, do wentylacji nieinwazyjnej lekarz ze specjalizacją z anestezjologii lub pulmonologii