

**KARTA KWALIFIKACJI DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI  
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM**

Nazwisko i imię:		PESEL	
------------------	--	-------	--

**ROZPOZNANIE LEKARSKIE**

--

**KOD ICD-10**

--

**STWIERDZAM, ŻE U OSOBY WYŻEJ WYMIENIONEJ:**

1. Zakończono 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 mechaniczna.	TAK	NIE
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale szpitalnym.	TAK	NIE

**ZALECENIA LEKARSKIE**

<b>1) do tej pory prowadzono wentylację:</b>		
TRYB		
PEEP		
FiO2		
Inne parametry		
Rozmiar rurki tracheotomijnej		Data wymiany/ założenia:
<b>2) przyjmowane leki:</b>		
<b>3) dieta:</b>		
<b>4) rehabilitacja:</b>		

**OŚWIADCZAM, ŻE PACJENT SPEŁNIA NASTĘPUJĄCE KRYTERIA KWALIFIKACJI:**

1. Stwierdzona niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.	TAK	NIE
---	-----	-----

2. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.	TAK	NIE
3. Wymaga wentylacji jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.	TAK	NIE
4. Wentylacja przez tracheostomię, rana jest zagojona.	TAK	NIE
5. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza.	TAK	NIE
6. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia, bez antybiotykoterapii.	TAK	NIE
7. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie.	TAK	NIE

Pieczątką jednostki kwalifikującej	Podpis lekarza anestezjologa, data
------------------------------------	------------------------------------