***KWALIFIKACJA***

do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej

dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie

Nazwisko i imię pacjenta………………………………………………………………………..

PESEL:

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………...

I. Wywiad (dane podstawowe, przebyte choroby, operacje):

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

II. Badanie przedmiotowe

Waga…………………….… wzrost……………………………………………………………

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe…………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………..

⬜ odleżyny ⬜ owrzodzenia troficzne ⁭ ⬜ rany przewlekłe

2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:

⬜ ciągłej 24h

⬜ okresowej

Metoda wentylacji:

* inwazyjna – rodzaj i rozmiar rurki tracheotomijnej …………………………………….
* nieinwazyjna – liczba godzin wentylacji na dobę

⬜ powyżej 16h

⬜ 8-16h

⬜ poniżej 8h

3. Układ krążenia: wydolny, ciśnienie krwi ………………………. tętno/min ……………….

4. Układ pokarmowy:

⬜ gastrostomia

⬜ zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy:

⬜ cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samo pielęgnacji

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

⬜ leżący

⬜ chodzący

⬜ poruszający się z pomocą osób trzecich / przedmiotów ortopedycznych

7. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD-10)

……………………………………………………………………………………………….

8. Choroby współistniejące

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zostało zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego

2. przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)

3. nie jest wymagana hospitalizacja

Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie.

………………………………… ………………………………………..

 Data pieczęć, podpis lekarza

 specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii

 lub

 w przypadku pacjentów nieinwazyjnych

 lekarza specjalisty pulmonologa