

## 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

<input type="checkbox"/>	▪ powyżej 16h
<input type="checkbox"/>	▪ 8-16
<input type="checkbox"/>	▪ poniżej 8

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