

6. Morfologia krwi obwodowej wykonany w dniu Hct %

PACJENT KWALIFIKUJE SIĘ DO DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Data

Podpis i pieczęć lekarza.....

BRAK WSKAZAŃ DO DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Data

Podpis i pieczęć lekarza.....

UZASADNIENIE :.....
.....
.....

Decyzja odroczone z powodu braku wymaganych

badan

Zalecenia:

Tlenoterapia o przepływie l/min, co najmniej 15 h/dobę w tym podczas snu