

Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
VitalAire

.....
Data

KWALIFIKACJA DO TLENOTERAPII W WARUNKACH DOMOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ROZPOZNANIE CHOROBY PODSTAWOWEJ

ICD10

Wywiad:

Data ostatniego zaostrzenia :

Data ostatniej hospitalizacji :

Wynik ostatniej gazometrii krwi tętniczej (data): pO₂ mmHg, pCO₂mmHg

Czy obecnie stan chorego jest stabilny klinicznie: TAK / NIE

Badania przedmiotowe : SpO₂ %

Badania dodatkowe:

1. Gazometria krwi tętniczej wykonanej w dniu wizyty :

pO₂ mmHg, pCO₂mmHg, pH, HCO₃mmol/l

2. Rtg klatki piersiowej wykonany w dniu

Nieprawidłowości

3. TK klatki piersiowej wykonana w dniu

Nieprawidłowości

4. EKG wykonany w dniu

Nieprawidłowości

5. ECHO serca wykonane w dniu

Nieprawidłowości

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