

.....  
*miejsowość, data*

**Zmiana kwalifikacji pacjenta w trakcie respiratoroterapii domowej**

Imię i nazwisko pacjenta :

Miejsce zamieszkania:

PESEL:

Rozpoznanie:

ICD 10:

ICD 9:

Pacjent aktualnie nie wymaga leczenia hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowo świadczeń. Stan zaawansowania choroby podstawowej nie pozwolił na odzyskanie wydolności oddechowej – pacjent wymaga wentylacji mechanicznej w trybie SIMV (.....% tlenem).

Wyżej wymieniony pacjent od dnia ..... kwalifikuje się do respiratoroterapii domowej,

w trybie:

Ciągłym 24h

Okresowym

metoda wentylacji:

Wymaga stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej.

Wymaga stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w czasie:

Powyżej 16 godzin/dobę		Od 8 do 16 godzin/dobę		Poniżej 8 godzin/dobę	
---------------------------	--	---------------------------	--	--------------------------	--

Przewlekła niewydolność oddechowa na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych

Data, pieczęć, podpis lekarza  
specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii  
lub w przypadku pacjentów nieinwazyjnych  
lekarza specjalisty pulmonologa