

.....
miejsowość, data

Kwalifikacja do objęcia opieki w warunkach domowych:

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. Przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja). Stan zaawansowania choroby podstawowej nie pozwolił na odzyskanie wydolności oddechowej – pacjent wymaga wentylacji mechanicznej w trybie SIMV (.....% tlenem).

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