

Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo – mięśniowych, OUN i płucnych.
2. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.
3. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.
4. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV.
5. Nie wymaga wysokich $FiO_2 = > 50\% O_2$.
6. Przy wentylacji przez tracheostomię, rana jest zagojona, wymiana rurki odbywa się bez trudności.
7. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza.
8. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie.

II. Rozpoznanie:

--

KOD ICD-10

--

III. Stwierdzam , że u osoby wyżej wymienionej: *

1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.
2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.
3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii.

IV. Zalecenia lekarskie:

1.	Do tej pory prowadzono wentylację:	
	TRYB	
	PEEP	
	FiO2	
	Inne parametry	
	Rozmiar rurki tracheotomijnej	
2.	Przyjmowane leki:	
3.	Dieta:	
4.	Rehabilitacja:	

5.	Inne zalecenia:
----	-----------------

*odpowiednie zaznaczyć

V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

- CRP.....
- Kreatynina i mocznik.....
- Morfologia.....
- Elektrolity.....
- Gazometria.....
- ASPAT, ALAT.....

Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

Podpis lekarza anesteziologa, data

