



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Słowackiego 58
27-400 Ostrowiec Św.
Tel.412661213

KWALIFIKACJA

do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (dane podstawowe, przebyte choroby, operacje

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

II. Badanie przedmiotowe

Waga..... wzrost.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

↑ odleżyny↑ owrzodzenia troficzne↑ rany przewlekłe

2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:

↑ ciągłej 24h

↑ okresowej

Metoda wentylacji:

- inwazyjna – rodzaj i rozmiar rurki tracheotomijnej
- nieinwazyjna – liczba godzin wentylacji na dobę

3. Układ krążenia: wydolny, ciśnienie krwi tętno/min

4. Układ pokarmowy:

↑ gastrostomia

↑ zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy:

↑ cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samo pielęgnacji

.....
.....

- ↑ leżący
- ↑ chodzący
- ↑ poruszający się z pomocą osób trzecich / przedmiotów ortopedycznych

7. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD-10)

.....

8. Choroby współistniejące

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

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zostało zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego
2. przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)
3. nie jest wymagana hospitalizacja

Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

.....
Data

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