

# 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