

Pieczętka szpitala

....., dnia 20.....r.

KWALIFIKACJA DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

Pacjent
(imię i nazwisko).....

PESEL _ _ _ _ _

Adres zamieszkania
.....

Adres pobytu (jeśli inny niż zamieszkania)
.....

Nr telefonu pacjenta/opiekuna
.....

Rozpoznanie
(ICD10).....
.....

Pacjent w dniu przebywa na oddziale w/w szpitala.
Został/a zakwalifikowany/na do nieinwazyjnej / inwazyjnej* wentylacji mechanicznej w warunkach domowych.

Pacjent wymaga stosowania wentylacji mechanicznej celem podtrzymania funkcji życiowych. Brak kontynuacji w/w terapii bezpośrednio zagraża zdrowiu i życiu pacjenta.

Zalecany czas trwania wentylacji:

do 8h/dobę 8-16h/dobę pow. 16h/dobę 24h/dobę

** pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego

* podkreślić właściwe/ ** kwalifikacji do wentylacji inwazyjnej może dokonać lekarz ze specjalizacją z anestezjologii, nieinwazyjnej natomiast ze specjalizacją z anestezjologii i pulmonologii