**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTÓW DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI**

 **W WARUNKACH ZAKŁADU OPIEKUŃCZO - LECZNICZEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię:** |  |  | **PESEL:** |  |

|  |
| --- |
| **PACJENT SPEŁNIA NASTĘPUJĄCE KRYTERIA KWALIFIKACJI:** |
| 1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo - mięśniowych, OUN i płucnych. |
| 2. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji. |
| 3. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV. |
| 4. Wentylacja przez tracheostomię, rana jest zagojona, a wymiana rurki odbywa się bez trudności. |
| 5. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza. |
| 6. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia. |
| 7. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie. |
| **ROZPOZNANIE LEKARSKIE:** |
|  |
| **KOD ICD-10** |
|  |
| **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. |
| **ZALECENIA LEKARSKIE:** |
| **1) do tej pory prowadzono wentylację:** |
| TRYB |  |  |
| PEEP |  |
| FiO2 |  |
| inne parametry |  |
| rozmiar rurki tracheotomijnej |  |
| **2) przyjmowane leki:** |
|  |
| **3) dieta:** |
|  |
| **4) rehabilitacja:** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **AKTUALNE WYNIKI POSIEWÓW MIKROBIOLOGICZNYCH MATERIAŁU POBRANEGO Z DRZEWA OSKRZELOWEGO:** |
|  |
| **AKTUALNE WYNIKI NASTĘPUJĄCYCH BADAŃ LABORATORYJNYCH:** |
|  CRP |  |
|  kreatynina i mocznik |  |
|  morfologia  |  |
|  elektrolity |  |
|  gazometria |  |
|  ASPAT, ALAT |  |
|  |  |  |
| pieczątka podmiotu leczniczego |  | podpis lekarza anestezjologa, data |