

## **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. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, w 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 - peg.
  6. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.
  7. 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 i 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

- a. Do tej pory prowadzono wentylację:

TRYB:

PEEP:

FiO<sub>2</sub>:

Inne parametry:

Rozmiar rurki tracheotomijnej:

- b. Przyjmowane leki:

- c. Dieta:

- d. Rehabilitacja

- e. Inne:

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

---

VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

CRP

Mocznik i kreatynina

Morfologia

Elektrolity

Gazometria

Aspat, Alat

---

.....  
Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

.....  
Podpis lekarza anestezjologa, data