

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Pesel

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Data	Czas trwania wizyty od - do	Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNIE

**metoda wentylacji:	inwazyjna		nieinwazyjna	
**pacjent wentylowany w trybie:	ciągłym 24h		okresowym	
***czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby:	>8 H	8-16 H	>16 H	

**każda zmiana w trybie wentylacji musi być potwierdzona dodatkowym dokumentem z datą zmiany kwalifikacji pacjenta,

***czas trwania wentylacji w ciągu doby zgodny z dokumentem „karta wentylacji okresowej”.

Karta wizyt lekarskich pacjent.....

Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:

WYWIAD/BADANIE PRZEDMIOTOWE:

PROCEDURY:

PARAMETRY WENTYLACYJNE:

ZALECENIA/ RECEPTY:

Podpis i pieczęć lekarza

Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:

WYWIAD/BADANIE PRZEDMIOTOWE:

PROCEDURY:

PARAMETRY WENTYLACYJNE:

ZALECENIA/ RECEPTY:

Podpis i pieczęć lekarza

Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:

WYWIAD/BADANIE PRZEDMIOTOWE:

PROCEDURY:

PARAMETRY WENTYLACYJNE:

ZALECENIA/ RECEPTY:

Podpis i pieczęć lekarza

Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:

WYWIAD/BADANIE PRZEDMIOTOWE:

PROCEDURY:

PARAMETRY WENTYLACYJNE:

ZALECENIA/ RECEPTY:

Podpis i pieczęć lekarza