



KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....

.....

.....

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ^{uu}	Do godz ^{uu}	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę





Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ⁰⁰	Do godz ⁰⁰	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna





KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....
.....
.....
.....

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej


Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ⁰⁰	Do godz ⁰⁰	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę





Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz 	Do godz 	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna



KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ^{uu}	Do godz ^{uu}	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić
 Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę





Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ⁰⁰	Do godz ⁰⁰	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna



Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....
.....
.....
.....

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ^{uu}	Do godz ^{uu}	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę





ST.VINCENT
MEDICAL CENTER

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ⁰⁰	Do godz ⁰⁰	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna





KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....
.....
.....
.....

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ⁰⁰	Do godz ⁰⁰	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę



Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz <small>u</small>	Do godz <small>u</small>	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna



KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:
.....
.....
.....
.....

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ^{uu}	Do godz ^{uu}	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę



Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz μ	Do godz μ	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna



KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....
.....
.....
.....

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz 00	Do godz 00	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz/dobę



Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz ^u	Do godz ^u	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna



ST.VINCENT
MEDICAL CENTER

KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....

.....

.....

