

KARTA WIZYTY LEKARSKIEJ U CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

<u>Nazwisko:</u>	<u>Imię:</u>	<u>PESEL</u>
------------------	--------------	--------------

WYWIAD dnia

BADANIE PRZEDMIOTOWE (zmiany i odchylenia w porównaniu do poprzedniej wizyty):

SaO₂.....% na tlenie l/min, tętno/ min , RR mmHg,

obrzęki....., szmer oddechowy.....,

inne odchylenie

WYNIKI ZLECONYCH BADAŃ:

PARAMETRY WENTYLACJI Wentylacja: nieinwazyjna / inwazyjna, przez: maskę nosową / twarzową / tracheostomię

czas wentylacji..... h / dobę , Tryb wentylacji , ciś. wdechowecmH₂O, ciś. wydechowe.....cm H₂O,

liczba zadanych oddechów...../min, czas wdechu.....s., czas narastania wdechu, objętość oddechowaml, trigger

wdechu....., trigger wydechu, przepływ wdechowy..... l/min,

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Zlecenia na okres - do następnej wizyty
(dzień/miesiąc/rok)

ZLECENIE LEKARSKIE	Rp
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
Tlenoterapia l/min	15.

Podpis lekarza i pieczęć lekarza



Data wizyty: