

## 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	Pieczczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

**\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNIE**

<b>Ocena stanu zdrowia pacjenta wg skali Glasgow</b>	<b>GCS =</b>
--	--------------

### \*Dni pobytu pacjenta w szpitalu w miesiącu rozliczeniowym

l. p.	Data przyjęcia	Data wypisu	Szpital	Liczba dni

**Karta wizyt pielęgniarskich pacjent.....**
**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:.....**
**Ocena stanu klinicznego:**
**Wykonane czynności pielęgniarskie:**

<b>*Procedury:</b>	96.55, 93.82		99.99900		93.82		93.18	
--------------------	--------------	--	----------	--	-------	--	-------	--

**Podpis pielęgniarki**
**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:.....**
**Ocena stanu klinicznego:**
**Wykonane czynności pielęgniarskie:**

<b>*Procedury:</b>	96.55, 93.82		99.99900		93.82		93.18	
--------------------	--------------	--	----------	--	-------	--	-------	--

**Podpis pielęgniarki**
**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:.....**
**Ocena stanu klinicznego:**
**Wykonane czynności pielęgniarskie:**

<b>*Procedury:</b>	96.55, 93.82		99.99900		93.82		93.18	
--------------------	--------------	--	----------	--	-------	--	-------	--

**Podpis pielęgniarki**
**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.:.....**
**Ocena stanu klinicznego:**
**Wykonane czynności pielęgniarskie:**

<b>*Procedury:</b>	96.55, 93.82		99.99900		93.82		93.18	
--------------------	--------------	--	----------	--	-------	--	-------	--

**Podpis pielęgniarki**

\* - wykonaną czynność oznaczyć znakiem "X" w dniu wizyty

96.55 pielęgnacja tracheostomii -obejmuje toaletę tracheostomii, edukację dotyczącą pielęgnacji tracheostomii, 99.99900- odsysanie górnych dróg oddechowych, 93.82 edukacja dotycząca pielęgnacji (wentylacja nieinwazyjna), 93.18 obejmuje oklepywanie, drenaż ułożeniowy, ćwiczenia oddechowe, naukę kaszlu i odksztuszania