

.....
miejsowość, data

**SKIEROWANIE DO PROGRAMU WENTYLACJI MECHANICZNEJ
 w domu pacjenta**

do

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medyk
 UL. Świt 47/49
 60-375 POZNAŃ

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Rozpoznanie:

.....

ICD 10 :

ICD 9 :

W dniu skierowania pacjent:

- Ma wykonaną tracheostomię i wymaga stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej.
- Nie ma tracheostomii i wymaga stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w czasie:

Powyżej 16 godzin/dobę		Od 8 do 16 godzin/dobę		Poniżej 8 godzin/dobę	
---------------------------	--	---------------------------	--	--------------------------	--

Przejęcie opieki nad pacjentem bez przerwy w stosowaniu terapii – tryb doraźny.

podpis i pieczęć lekarza