



do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej
dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie

PESEL:									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

.....

.....

.....

.....

3. Układ krążenia: wydolny, ciśnienie krwi tętno/min

4. Układ pokarmowy:

☐ gastrostomia

☐ zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy:

☐ cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samo pielęgnacji

.....
.....

☐ leżący

☐ chodzący

☐ poruszający się z pomocą osób trzecich / przedmiotów ortopedycznych

7. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD-10)

.....

8. Choroby współistniejące

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

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zostało zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości leczenia przyczynowego

2. przeprowadzono pełną diagnostykę (zostały wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła/okresowa wentylacja)

3. nie jest wymagana hospitalizacja

Pacjent zakwalifikowany do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie.

.....

Data

.....

pieczęć, podpis lekarza
specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii
lub

w przypadku pacjentów nieinwazyjnych
lekarza specjalisty pulmonologa