KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO PRZEWLEKŁEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM	(Pieczęć nagłówkowa placówki kierującej)
…….. (nazwisko i mię pacjenta)	
PESEL ……	Data urodzenia…….
(akltualne miejsce leczenia)	(pobyt od dnia)
(lekarz kwalifikujący)	(telefon kontaktowy)

ROZPOZNANIA ICD-10

Choroba zasadnicza:

Choroby współistniejące:

Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji do leczenia w warunkach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla Chorych wentylowanych mechanicznie:

Chory niewydolny oddechowo, przewlekle wentylowany, trwale niezdolny do samodzielnego oddychania, próby odłączenia od respiratora nieskuteczne.
Chory stabilny krążeniowo, nie wymaga podaży amin presyjnych.
Chory bez cech czynnego zakażenia.
Chory wentylowany inwazyjnie przez tracheostomię, wentylacja konwencjonalna przy $FiO_2 < 0,4$.
Chory ma ustalone rozpoznanie, leczenie przyczynowe, zostało ukończone.
Chory przy braku możliwości żywienia drogą doustną, ma założoną sondę żołądkową/gastrostomię odżywczą i jest zakwalifikowany do żywienia dietą przemysłową.
Chory nie wymaga dalszego leczenia w warunkach szpitalnych.
Chory ma zabezpieczone chirurgicznie odleżyny III^0 i IV^0.
Chory ma wygojoną ranę tracheostomijną, wymiana rurki ET odbywa się bez trudności.

ZALECENIA

Parametry wentylacji

Tryb:	FiO_2-	V_t-	PEEP-

Inne parametry:

Rurka tracheostomijna	Typ,rozmiar		Data założenia		Data ostatniej wymiany	
Sonda żołądkowa	Typ,rozmiar		Data założenia		Data ostatniej wymiany	
Gastrostomia	Typ,rozmiar		Data założenia		Data ostatniej wymiany	

Dieta:

Aktualne leczenie farmakologiczne:

Inne uwagi:

Data……. Imię i nazwisko, pieczątka lekarza……