

KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM						
Imię i nazwisko pacjenta					PESEL	
ROZPOZNANIA ICD 10						
Choroba zasadnicza						
Choroby współistniejące						
Czy pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do leczenia w warunkach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla chorych wentylowanych mechanicznie?						TAK
						NIE
Uzasadnienie						
ZALECENIA						
Parametry wentylacji FiO2						
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						
Aktualne miejsce leczenia					Pobył od dnia	
data				Pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego		