

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO WENTYLACJI  
MECHANICZNEJ  
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM**

..... PESEL

*imię i nazwisko pacjenta*

**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**

| Parametr              | typ, rozmiar: |  | data założenia: |  | data ostatniej wymiany: |  |
|-----------------------|---------------|--|-----------------|--|-------------------------|--|
| Rurka tracheostomijna |               |  |                 |  |                         |  |
| Sonda żołądkowa       |               |  |                 |  |                         |  |
| Gastrostomia          |               |  |                 |  |                         |  |

**Dieta:**

**Aktualne leczenie farmakologiczne:**

**Inne uwagi:**

*Aktualne miejsce leczenia*

*Pobyt od dnia:*

*Lekarz kwalifikujący:*

PODPIS:

*Data :*