

.....
pieczęć podmiotu kierującego

KWALIFIKACJA

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

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

II. Badanie przedmiotowe: waga wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe:

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:

ciągłej 24h okresowej

Metoda wentylacji

inwazyjna – rodzaj i rozmiar rurki tracheotomijnej

nieinwazyjna – liczba godzin wentylacji na dobę

3. Układ krążenia: wydolny niewydolny, ciśnienie krwi

tętno/min

4. Układ pokarmowy:

gastrostomia zgłębnik do żołądka nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy:

cewnik do pęcherza moczowego

nietrzymanie moczu

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

Novento Sp. z o.o. Sp. J.
ul. Ozimina 20, 61-664 Poznań
tel. +48 516 976 946

NIP:779-241-39-38, REGON:302446245, KRS:0000877621