

<b>QD 35a</b>	<b>KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM</b>	<b>Serdeczna Troska Sp. z o.o.</b> NIP 675-12-49-766 REGON 356119834-00021 Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Serdeczna Troska NZOZ KS.REJ.000000006852 NFZ 061/200515 01 Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Serdeczna Troska NZOZ 005 Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Serdeczna Troska - Rzepakowa 31-989 Kraków ul. Rzepakowa 5a tel.12 640-80-80
-------------------	---	---

..... PESEL

imię i nazwisko chorego

Aktualne miejsce leczenia	Pobyt od dnia:
Lekarz kwalifikujący: _____ Tel: _____	

**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 wydolny i stabilny krążeniowo, nie wymaga podaży amin presyjnych.  
 Chory bez cech czynnego zakażenia.  
 Chory wentylowany inwazyjnie, ma założoną tracheostomię, wentylacja konwencjonalna przy FiO<sub>2</sub> < 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.

**ZALECENIA**

**Parametry wentylacji FiO<sub>2</sub>**

<b>Rurka tracheostomijna</b>	typ, rozmiar:		data założenia:		data ostatniej wymiany:	
<b>Sonda żołądkowa</b>	typ, rozmiar:		data założenia:		data ostatniej wymiany:	
<b>Gastrostomia</b>	typ, rozmiar:		data założenia:		data ostatniej wymiany:	

**Dieta:**

**Aktualne leczenie farmakologiczne:**

**Inne uwagi:**

Data: \_\_\_\_\_ imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_