

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

Nazwisko i imię pacjenta..... PESEL.....

Adres

zamieszkania.....

Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....

.....

Data

.....

pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
miejsce i data

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniem Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Mierzęcicach – Osiedle 76 w zakresie

ZESPOŁU OPIEKI DOMOWEJ nad pacjentem wentylowanym mechanicznie

Jestem ubezpieczona/ny Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu

.....
Seria i numer legitymacji ubezpieczeniowej:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

przesłanej dokumentacji dla potrzeb niezbędnych do sprawowania nade mną opieki w ramach świadczenia

zespołu długoterminowej opieki dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie (zgodnie z Ustawą z dnia

29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).

Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych oraz informacji o moim stanie zdrowia personelowi medycznemu sprawującemu nade mną opiekę w ramach w/w świadczenia.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

KWALIFIKACJA
dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

I. Wywiad (podstawowe dane, przebyte choroby, operacje)

.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe

.....

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy niewydolny – wymaga wentylacji mechanicznej:

stałej 24 h / dobę okresowoh/dobę

wentylacja przez tracheostomię/maskę twarzową/inne.....

(rozmiar rurki tracheotomijnej.....)

konieczne mechaniczne odsysanie wydzieliny oskrzelowej TAK/NIE

3. Układ krążenia: wydolny , ciśnienie krwi.....tętno/min

4. Układ pokarmowy

.....

• gastrostomia zgłębnik do żołądka nietrzymanie stolca

5. Układ moczowo-płciowy

.....

nietrzymanie moczu cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji

.....

.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....
.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Zalecenia lekarskie:

1. Wentylacja mechaniczna (tryb, PEEP, Fi O₂, inne istotne parametry)

.....
.....

2. Inne zalecenia (przyjmowane leki, dieta, rehabilitacja, inne istotne zalecenia)

.....
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej:

1. zakończone i udokumentowane zostało 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. w chwili obecnej wymagany jest pobyt w zakładzie opieki całodobowej.

Pacjent zakwalifikowany jest do objęcia opieką dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

.....

Data

.....

pieczęć, podpis lekarza
specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii