

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego, nr umowy z NFZ

.....
miejsowość, data

SKIEROWANIE

do Ośrodka Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie

Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie (kod 2140)



Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią /Pana lat

PESEL _____

Adres

Tel.

Rozpoznanie

.....

KOD (ICD10)

Cel skierowania(uzasadnienie)

.....

.....

.....

.....
PIECZEŃ I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO

Załączniki:

- kwalifikacja anestezjologa/pulmonologa

-karta wypisowa z leczenia szpitalnego

Riad El Zein, ul. Mieczysława Romanowskiego 21b, 51-122 Wrocław, prowadzący przedsiębiorstwo lecznicze:

OŚRODEK MEDYCyny PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ, którego miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest:

Będkowo 1, 55-100 Trzebnica (opieka stacjonarna, domowa, ambulatoryjna) Tel.: 71 722 29 48, 71 387 29 15, Fax.: 71 312 02 20

ul. Gen. Józefa Hallera 25, 56-400 Oleśnica (opieka domowa) Tel.: 662 848 614, Fax.: 71 312 02 20

ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 34, 56-100 Wołów (opieka domowa) Tel.: 728 228 192, Fax.: 71 312 02 20

ul. Armii Polskiej 8, 56-200 Góra (opieka domowa) Tel. 696 270 118, Fax.: 71 312 02 20

NIP 895-160-93-77 REGON 932254236

www.hospicjumbedkowo.pl; e-mail: hospicjum.bedkowo@wp.pl lub hospicjum@bedkowo.pl

KWALIFIKACJA ANESTEZJOLOGA/PULMONOLOGA

Imię i nazwisko pacjenta:

Rozpoznanie:

1. **Układ oddechowy niewydolny** * – wymaga wentylacji mechanicznej
 - a) INWAZYJNEJ Ciągłej
 - b) NIEINWAZYJNEJ
 - powyżej 16 godzin na dobę
 - od 8 do 16 godzin na dobę
 - poniżej 8 godzin na dobę
2. **Wentylacja przez:***
 - a) Tracheostomie – (rodzaj i rozmiar rurki tracheostomijnej)
 - b) Maskę nosową/twarzową (typ rozmiar)
 - c) Inne

TRYB	
PEEP	
Fi O2	
Inne parametry	

3. Układ krążenia*: wydolny, ciśnienie krwitętno/min.....
4. Układ pokarmowy*: chory może łykać, PEG, PEJ
5. Układ moczowy*: prawidłowy, cewnik do pęcherza moczowego
6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w obsłudze i samo pielęgnacji: *
.....
.....
Leżący, chodzący, poruszający się z pomocą osób trzecich/przedmiotów ortopedycznych

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 wentylowanych mechanicznie.

.....
Data

.....
pieczęć, podpis lekarza specjalisty
Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub Chorób Płuc

* właściwe podkreślić

KWALIFIKACJA DO ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE:

- a) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania **inwazyjnej** wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy,
- b) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania **nieinwazyjnej** wentylacji mechanicznej – wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.