Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 kwietnia 2022 r.

**KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ\* lub NIEINWAZYJNEJ\* - wypełnia lekarz**

Imię i Nazwisko pacjenta ..................................................................................................................................

Adres zamieszkania pacjenta…………..……………………………………………………………….....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pesel: Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

………………………………………………………………………………………………..……………………….....

……………………………………………………………………………………….…………………………………..

|  |
| --- |
| Pieczęć i podpis |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Data, imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej:

-

-

Imię i Nazwisko lekarza: Data:

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

Numer prawa wykonywania zawodu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun) | | | Data | Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun) | | |
| Od godz 00 | Do  godz 00 | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna | Od godz 00 | Do  godz 00 | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*właściwe podkreślić

**Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz./dobę**

MS CLINSEARCH Sp. z o.o.

Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie ul. Północna 18/U1, 20-064 Lublin, tel. 81 742 11 87