

....., dnia .....

.....  
Pieczęć oddziału szpitalnego  
wraz z kodami resortowymi

## **KWALIFIKACJA DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH**

Pacjent: .....  
(imię i nazwisko)

Pesel: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres pobytu (jeśli inny niż zamieszkania): .....

Nr telefonu Pacjenta/opiekuna: .....

Rozpoznanie (wraz z kodem ICD10): .....

.....

.....

Pacjent w dniu ..... przebywa na ww. oddziale szpitala.

Został/a zakwalifikowany/a do inwazyjnej/nieinwazyjnej\* wentylacji mechanicznej w warunkach domowych.

Pacjent wymaga stosowania wentylacji mechanicznej celem podtrzymania funkcji życiowych.

Brak kontynuacji ww. terapii bezpośrednio zagraża zdrowiu i życiu Pacjenta.

**Zalecany czas trwania wentylacji:**

do 8h/dobę

8-16h/dobę

pow. 16h/dobę

24h/dobę

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza  
albo imię i nazwisko lekarza, jego podpis  
oraz numer prawa wykonywania zawodu\*\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Kwalifikacji do wentylacji inwazyjnej może dokonać lekarz ze specjalizacją z anestezjologii, a do wentylacji nieinwazyjnej – ze specjalizacją z anestezjologii lub chorób płuc