Załącznik nr 2

Załącznik nr 6

KARTA KWALIFIKACJI
DO INWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (IWM)
W WARUNKACH DOMOWYCH

dla świadczeniobiorców dorosłych[1)]

Imię i nazwisko		**PESEL / data urodzenia**	
Rozpoznanie główne (ICD-10)		**Rozpoznania współistniejące (ICD-10)**	
Oddział szpitalny		**Data kwalifikacji**	
Lekarz kwalifikujący (imię i nazwisko, specjalizacja)		**Numer Prawa Wykonywania Zawodu**	

PODSTAWA KWALIFIKACJI

Należy potwierdzić spełnienie wariantu A albo wariantu B.

Wariant	Kryteria kwalifikacji	Ocena
A.	1) zakończono leczenie szpitalne, podczas którego stosowano IWM i świadczeniobiorca nadal wymaga kontynuacji IWM do czasu wypisu ze szpitala oraz 2) świadczeniobiorca nie rokuje odzwyczajenia od respiratora lub przestawienia na nieinwazyjną wentylację mechaniczną.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
B.	1) świadczeniobiorca wymagał dotychczas stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) oraz 2) za pomocą NWM nie jest możliwe osiągnięcie założonych celów medycznych, w tym w zakresie co najmniej jednego z obszarów: a) skuteczności wymiany gazowej, b) komfortu wentylacji, c) eliminacji wydzieliny z dróg oddechowych, d) ochrony dróg oddechowych.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy

WARUNKI PRZED ROZPOCZĘCIEM INWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHNICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

Wymagane jest łączne spełnienie wszystkich poniższych kryteriów.

Kryterium	Ocena
Inwazyjna wentylacja mechaniczna jest prowadzona przez rurkę tracheostomijną podczas hospitalizacji.	☐ spełnia ☐ nie spełnia
Nie występują istotne problemy związane ze sztuczną drogą oddechową.	☐ spełnia ☐ nie spełnia
Świadczeniobiorca jest w stanie stabilnym.	☐ spełnia ☐ nie spełnia

[1)] Karta dotyczy świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającego IWM prowadzonej przy pomocy respiratora przez rurkę tracheostomijną, niewymagającego hospitalizacji ani pobytu w zakładzie udzielającym całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, wymagającego nadzoru lekarza, pielęgnacji i rehabilitacji leczniczej.

Kryterium	Ocena
Nie stwierdzono przeciwwskazań do prowadzenia IWM w warunkach domowych.	☐ spełnia ☐ nie spełnia

KWALIFIKACJA DO TLENOTERAPII W RAMACH INWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHNICZNEJ

Kryterium	Wynik / ocena
Brak możliwości utrzymania SpO_2 >92% w czasie prawidłowo prowadzonej inwazyjnej wentylacji mechanicznej.	☐ spełnia ☐ nie spełnia

PODSUMOWANIE KWALIFIKACJI

Zagadnienie	Decyzja / ustalenie
Podstawa kwalifikacji	☐ wariant A ☐ wariant B
Spełnienie wszystkich warunków przed rozpoczęciem IWM w domu	☐ tak ☐ nie
Wynik kwalifikacji	☐ kwalifikuje się do IWM w warunkach domowych ☐ nie kwalifikuje się do IWM w warunkach domowych
Tlenoterapia w ramach IWM	☐ tak ☐ nie

Uzasadnienie decyzji / najważniejsze wyniki badań:

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis lekarza kwalifikującego: .....