

Karta zgłoszenia pacjenta do programu wentylacji domowej

data zgłoszenia:

dane pacjenta:

nazwisko i imię:

PESEL:

adres zameldowania:

.....
ulica, numer domu/mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon

adres pobytu:

.....
ulica, numer domu/mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon

rozpoznanie:.....

osoba zgłaszająca:

.....
nazwisko i imię

.....
stopień pokrewieństwa

.....
telefon kontaktowy:

ankieta:

1. Gdzie obecnie przebywa pacjent?

- ☐ w domu
- ☐ w szpitalu

jeśli w szpitalu to w jakim:.....

2. Czy pacjent jest aktualnie wentylowany mechanicznie za pomocą respiratora?

- ☐ tak
- ☐ nie

3. Czy pacjent ma rurkę tracheostomijną?

- ☐ tak
- ☐ nie

4. Czy pacjent korzysta z koncentratora tlenu?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ jeśli tak to:

- jaki przepływ tlenu

- ile godzin w ciągu doby pacjent korzysta z koncentratora

5. Czy pacjent i rodzina (opiekunowie) zgadzają się na objęcie pacjenta domową opieką wentylacyjną?

- ☐ tak
- ☐ nie są jeszcze zdecydowani

6. Czy pacjent jest objęty opieką długoterminową?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ jeśli tak to jaką.....

zgłoszenie prosimy przesłać:

pocztą na adres:

Ośrodek Wentylacji, MEDOWENT Sp. z o.o.,
85-027 Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 103

e-mailem na adres:

biuro@wentylacjadowowa.pl

zgłoszenia przyjmujemy również telefonicznie:

52-516-11-25, 606 575 618