|  |  |
| --- | --- |
| Poradnia Domowego Leczenia Tlenem  VitalAire  …………………………..  ………………………….. | ……………………………………  Data |

**KWALIFIKACJA DO TLENOTERAPII W WARUNKACH DOMOWYCH**

**Imię i nazwisko pacjenta………………………………………………………………**

**PESEL** 

ROZPOZNANIE CHOROBY PODSTAWOWEJ .............................................................................................................

ICD10 ……………………..............

**Wywiad:**

Data ostatniego zaostrzenia : ...........................................................................

Data ostatniej hospitalizacji : ..........................................................................

Wynik ostatniej gazometrii krwi tętniczej (data ......................) : pO2 ..................... mmHg, pCO2 ..................mmHg

Czy obecnie stan chorego jest stabilny klinicznie: TAK / NIE

**Badania przedmiotowe :** SpO2 ............. %

**Badania dodatkowe:**

1. **Gazometria krwi tętniczej wykonanej w dniu wizyty :**

pO2 ..................... mmHg, pCO2 ..................mmHg, pH ................................., HCO3 .......................mmol/l

1. **Rtg klatki piersiowej wykonany w dniu .........................................**

Nieprawidłowości ...........................................................................................................................................

1. **TK klatki piersiowej wykonana w dniu .........................................**

Nieprawidłowości ...........................................................................................................................................

1. **EKG wykonany w dniu .........................................**

Nieprawidłowości ...........................................................................................................................................

1. **ECHO serca wykonane w dniu .........................................**

Nieprawidłowości ...........................................................................................................................................

1. **Morfologia krwi obwodowej wykonany w dniu .........................................** Hct ........................ %

**PACJENT KWALIFIKUJE SIĘ DO DOMOWEGO LECZENIA TLENEM**

Data ……………………………………………………………….

Podpis i pieczęć lekarza……………………………………………

**BRAK WSKAZAŃ DO DOMOWEGO LECZENIA TLENEM**

Data ………………………………………………………………..

Podpis i pieczęć lekarza…………………………………………….

UZASADNIENIE :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Decyzja odroczona z powodu braku wymaganych**

**badań** …………………………………………………………………..

**Zalecenia:**

**Tlenoterapia o przepływie ........... l/min, co najmniej 15 h/dobę w tym podczas snu**