**KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ\* lub NIEINWAZYJNEJ\***

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

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

PESEL......................................................................................................................................................................................

Parametry wentylacji mechanicznej - **wypełnia lekarz:**……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

\*właściwe podkreślić

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