

Kwalifikacja pacjenta do programu zdrowotnego - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką - WZÓR

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

LP.	Kryteria oceny	Spełnianie kryteriów kwalifikacji		
		Tak	Nie	Nie dotyczy
1	Skala Glasgow (GSC) od 6 do 8 pkt. Uzyskana liczba punktów			
2	Pozostawanie w stanie śpiączki w okresie:			
	- nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu Udokumentowana data urazu _____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok			
	- nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej Udokumentowana data wystąpienia śpiączki nieurazowej _____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok			
3	Stabilność podstawowych parametrów życiowych Uwagi			
4	Stabilność oddechowa bez wspomaganie mechanicznego Uwagi			
5	Ukończony 18. rok życia w dniu przyjęcia	Data urodzenia _____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok		
		Wiek _____ lata/miesiące		
6	Czas od zdarzenia wywołującego śpiączkę nie krótszy niż 6 tygodni Udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę _____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok			
Kwalifikacja do programu zdrowotnego				