



LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ WNIOSEK

Imiona i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa i numer telefonu osoby do kontaktu

PESEL, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Rozpoznanie według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Liczba punktów w skali Glasgow

Żywienie pacjenta

- dojelitowo: PEG / sonda / jejunostomia *
rodzaj diety przemysłowej, objętość na dobę

Wzrost, masa ciała, wartość ciśnienia tętniczego krwi w mmHg



604 283 888



www.rehstab.pl



rehstab.sekretariat@gmail.com



ul. Piłsudskiego 53, 34-600 Limanowa

Lepsza jakość życia!

Pozostawanie w stanie śpiączki

- w okresie **nie dłuższym** niż 12 miesięcy od dnia **urazu** (tak / nie) *
udokumentowana data urazu
- w okresie **nie dłuższym** niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki **nieurazowej** (tak / nie) *
udokumentowana data wystąpienia śpiączki
- czas od zdarzenia wywołującego śpiączkę **nie krótszy** niż 6 tygodni (tak / nie) *

Parametry

- stabilność podstawowych parametrów życiowych (tak / nie) *
- wydolność oddechowa (tak / nie) *
- respiratoroterapia (tak / nie) *
- tlenoterapia (tak / nie) *

Tracheostomia

- rurka tracheostomijna (tak / nie) *
rodzaj rurki, rozmiar

Ocena spastyczności

- pacjent ze spastycznością / pacjent bez spastyczności *
opis

Odleżyny, rany, blizny, obrzęki

- obecność odleżyn (tak / nie) *
opis, lokalizacja
- obecność ran (tak / nie) *
opis, lokalizacja
- obecność blizn (tak / nie) *
opis, lokalizacja
- obecność obrzęków (tak / nie) *
opis, lokalizacja

Badanie wymaz z odbytu w kierunku bakterii lekoopornych - data i wynik ostatniego badania

Aktualne leczenie farmakologiczne wraz z dawkowaniem

- niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz
pieczęć podmiotu leczniczego z kodami resortowymi

**Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu Pacjenta do Zakładu Leczenia Dorosłych Chorych ze Śpiączką
podejmuje lekarz Oddziału w dniu przyjęcia**



604 283 888



www.rehstab.pl



rehstab.sekretariat@gmail.com



ul. Piłsudskiego 53, 34-600 Limanowa

Lepsza jakość życia!