



Ośrodek Wentylacji Domowej

NZOZ Medycyna Specjalistyczna, 85-395 Bydgoszcz, ul.Łochowska 69

Karta zgłoszenia pacjenta do programu wentylacji domowej

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

Wiek / Data urodzenia:

Adres:

Rozpoznanie:

.....

.....

Osoba zgłaszająca:

Telefon kontaktowy:

Data zgłoszenia:

Osobę zgłaszającą prosimy o wypełnienie ankiety:

1. Gdzie obecnie przebywa pacjent?

- w domu
- w szpitalu:

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

- tak
- nie

3. Czy pacjent ma rurkę tracheostomijną?

- tak
- nie

4. Czy pacjent odczuwa kliniczne objawy hipowentylacji pęcherzykowej?

- duszność spoczynkowa lub wysiłkowa
- napady duszności
- bezsenność lub częste budzenie się
- senność w ciągu dnia
- nocne lub poranne bóle głowy
- ciągłe zmęczenie
- zaburzenia koncentracji
- pogorszenie możliwości intelektualnych
- brak apetytu, utrata wagi
- częste infekcje

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

- tak
- nie są jeszcze zdecydowani

Zgłoszenie prosimy przesać:

pocztą na adres:

Ośrodek Wentylacji Domowej, NZOZ Medycyna Specjalistyczna,
85-395 Bydgoszcz, ul. Łochowska 69

lub e-mailem na adres: wentylacjadowowa@wp.pl

Zgłoszenia przyjmujemy również telefonicznie: 0-52-379-91-66