Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 25 kwietnia 2022 r.

**Karta wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej\* lub nieinwazyjnej\***

Załącznik Nr 4

**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**