

Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych

Imię i nazwisko:

PESEL.....

I. Pacjent spełnia następujące kryteria kwalifikacji:

1. Przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu zdiagnozowanych schorzeń nerwowo-mięśniowych, OUN i płucnych

2. Tryb i parametry wentylacji zostały ustalone w szpitalu pod kontrolą badań dodatkowych, a wymiana gazowa charakteryzuje się stabilnością przy ustalonych parametrach wentylacji.

3. Wymagana wentylacja jedynie metodą konwencjonalną bez konieczności stosowania HFO, IRV, ILV

4. Wentylacja przez tracheostomię, rana jest zagojona, a wymiana rurki odbywa się bez trudności.

5. Przy współistniejących zaburzeniach połykania założona gastrostomia odżywcza.

6. Stan stabilny, nie wymagający inwazyjnego monitorowania, brak cech czynnego zakażenia.

7. Odleżyny III i IV stopnia opracowane są chirurgicznie.

II. Rozpoznanie (KOD ICD10)

III. Stwierdzam, że u osoby wyżej wymienionej

1. Zakończone i udokumentowane zostało leczenie przyczynowe lub nie ma możliwości takiego leczenia.

2. Występuje przewlekła niewydolność oddechowa, a wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja.

3. W chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii.

4. Chory wydolny i stabilny krążeniowo, nie wymaga podaży amin presyjnych.

5. Chory wentylowany inwazyjnie, ma założoną tracheostomię, wentylacja konwencjonalna przy $FiO_2 < 0,4$.

6. Chory przy braku możliwości żywienia drogą doustną, ma założoną sondę żołądkową/ gastrostomię odżywcza i jest zakwalifikowany do żywienia dietą przemysłową.

IV. Zalecenia lekarskie:

a) do tej pory prowadzono wentylację:		
TRYB		
PEEP		
FiO2		

	Karta kwalifikacji pacjentów do przewlekłej wentylacji w warunkach stacjonarnych	

Inne parametry

b) przyjmowane leki:

c) dieta:

d) rehabilitacja:

e) inne:

V. Aktualne wyniki posiewów mikrobiologicznych materiału pobranego z drzewa oskrzelowego:

VI. Aktualne wyniki badań laboratoryjnych:

CRP	
Kreatynina i mocznik	
Morfologia	
Elektrolity	
Gazometria	
ASPAT, ALAT	

Nazwa jednostki kwalifikacyjnej

Podpis lekarza anestezjologa, data

SKALA GLASGOW

Nazwisko i imię PESEL

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

Nr księgi głównej

- Otwieranie oczu:
 - 4 punkty – spontaniczne
 - 3 punkty – na polecenie
 - 2 punkty – na bodźce bólowe
 - 1 punkt – nie otwiera oczu

- Kontakt słowny:
 - 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
 - 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany
 - 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
 - 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
 - 1 punkt – bez reakcji

- Reakcja ruchowa:
 - 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
 - 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - 1 punkt – bez reakcji

Suma punktów

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13–15 – łagodne
- GCS 9–12 – umiarkowane
- GCS 6–8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

.....
Podpis lekarza oceniającego

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. Wywiad

1. **Wiek** (lata) **wzrost** (cm) **masa ciała** (kg) **pleć** K M
2. **Zmiana masy ciała** utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) (%)
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:
 zwiększenie bez zmian zmniejszenie
3. **Zmiany w przyjmowaniu pokarmów**
 bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
Rodzaj diety:
 zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych
 dieta płynna kompletna
 dieta płynna hipokaloryczna
 głodzenie
4. **Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)**
 bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt
5. **Wydolność fizyczna**
 bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
rodzaj: praca w ograniczonym zakresie
 chodzi
 leży
6. **Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:**
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby
 brak mały średni duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

- utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej
- zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- obrzęk nad kością krzyżową
- obrzęk kostek
- wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- wyniszczenie
- duże ryzyko niedożywienia

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1. Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2. Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	powyżej 10% masy ciała wyjściowej	poniżej 10% masy wyjściowej
Białko całkowite	poniżej normy	norma
Albumina	poniżej normy	norma
Cholesterol całkowity	poniżej normy	norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne	nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3. Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	dysfagia niedrożność górnej części przewodu pokarmowego śpiączka niemetaboliczna inne	
4. Dostęp dojelitowy	zgiębnik: nosowo – żołądkowy, nosowo – dwunastniczy, nosowo – jelitowy gastrostomia jejunostomia	
5. Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	niedożywienie okres okołoperacyjny u dorosłych wyniszczenie (BMI <17) niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła inne	
6. Dostęp pozajelitowy	żyły obwodowe, PICC, żyła centralna cewnik nietunelizowany, port cewnik permanentny, typ cewnika	
7. Cel leczenia żywieniowego:	utrzymanie stanu odżywienia, poprawa stanu odżywienia, leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :	małe duże	
9. Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni	