



NFZ

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ

SKIEROWANIE

DO ZAKŁADU REHABILITACJI DO LECZENIA W RAMACH PROGRAMU ZDROWOTNEGO „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”

(wniosek należy wypełnić drukowanymi literami)

Niniejszym kieruję

.....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....

Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

Numer PESEL, a w przypadku jego braku-numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....

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

.....

Liczba punktów w skali Glasgow, którą uzyskał świadczeniobiorca w dniu badania

.....

Żywienie Pacjenta: dojelitowo: PEG/sonda/jejunostomia*

Rodzaj diety przemysłowej/objętość na dobę

Wzrost/ masa ciała/ wartość ciśnienia tętniczego krwi w mmHg

.....

Ocena spastyczności: Pacjent ze spastycznością/bez spastyczności *

Pozostawanie w okresie śpiączki w okresie:

-nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu (tak/nie)* - udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę

- nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej (tak/nie)* - udokumentowana data wystąpienia śpiączki nieurazowej



NFZ

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ

- nie krótszym niż 6 tygodni – (tak/nie)* udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę
.....

- Stabilność podstawowych parametrów życiowych w dniu badania (tak/nie)*

- Oddechowo:

- Wydolny (tak/nie)*
- Niewydolny (tak/nie)
- Tracheostomia (tak/nie)*
- Respiratoterapia (tak/nie)*
- Tlenoterapia (tak/nie)*

- Obecność rurki tracheostomijnej (tak/nie)* Rodzaj rurki/Rozmiar

- Obecność odleżyn, ran, blizn (tak/nie)*/ opis rany/odleżyny/blizny
.....
.....

- Obecność obrzęków (tak/nie)*/ opis obrzęku/ lokalizacja
.....

- Aktualne leczenie farmakologiczne wraz z dawkowaniem:
.....
.....

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***
.....

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***
.....

Kieruję do Zakładu Rehabilitacji na leczenie w ramach Programu zdrowotnego „LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH ZE ŚPIĄCZKĄ”

.....
Miejscowość, data

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

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu Pacjenta do Leczenia w Zakładzie Rehabilitacji podejmuje lekarz Oddziału w dniu przyjęcia