

PRIJAVA BOLNIKA V REGISTER TRAJNEGA ZDRAVLJENJA S KISIKOM ali VENTILACIJE NA DOMU

1. PODATKI O BOLNIKU

Priimek in ime: _____ EMŠO: _____

Spol: 1 - moški 2 - ženska Datum rojstva: _____

Naslov: _____

Letnica rojstva: _____

Podatki o zdravstvenem zavarovanju (številka zdravstvenega zavarovanja ipd.):

2. PODATKI O BOLEZNI (DIAGNOZA IN ŠIFRA IZ MKB KLASIFIKACIJE)

Glavna bolezen, ki je vzrok respiracijske insuficience:

_____ MKB: _____

Druge bolezni, ki dodatno povzročajo respiracijsko insuficienco:

_____ MKB: _____

_____ MKB: _____

_____ MKB: _____

Ostale spremljajoče bolezni: _____ MKB: _____

3. PREDLAGATELJ ZDRAVLJENJA

Ime in priimek zdravnika, ki je predlagal zdravljenje: _____ Šifra: _____

Ustanova, ki je predlagala zdravljenje: _____

Odgovorni zdravnik za spremljanje bolnika na domu: _____ Šifra: _____

Ime in priimek bolnikovega osebnega zdravnika: _____ Šifra: _____

4. NAČIN ZDRAVLJENJA

Način aplikacije kisika (obkroži)

- nosni kateter
- dvorogi nosni kateter
- transtrahealni kateter
- ventilacija na domu

Pretok kisika: _____ (l/min)

Lastništvo vira kisika:

- ZZZS
- Bolnik
- Drugo (prosim napišite): _____

Prijavo izpolnil: _____

Datum: _____