Załącznik Nr 4g do zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 11 grudnia 2020 r.

**Kwalifikacja pacjenta do programu zdrowotnego - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką - WZÓR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta………………………………………..……………………………………………………..……………** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL pacjenta** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Data** |  |  |  | **-** | |  |  | **-** |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **LP.** | **Kryteria oceny** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Spełnianie  kryteriów kwalifikacji** | | | |
| **Tak** | **Nie** | | **Nie dotyczy** |
| **1** | Skala Glasgow (GSC) od 6 do 8 pkt. | | | | Uzyskana liczba punktów | | | | | | |  | | | | | | |  |  | |  |
| **2** | Pozostawanie w stanie śpiączki w okresie: | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | X | X | | X |
| - nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu | | | | Udokumentowana data urazu | | | | | | | …………/…        …/……………... dzień/miesiąc/rok | | | | | | |  |  | |  |
| - nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej | | | | Udokumentowana data wystapienia śpiączki nieurazowej | | | | | | | …………/…        …/……………... dzień/miesiąc/rok | | | | | | |  |  | |  |
| **3** | Stabilność podstawowych parametrów życiowych | | | | Uwagi | | | | | | |  | | | | | | |  |  | |  |
| **4** | Stabilność oddechowa bez wspomagania mechanicznego | | | | Uwagi | | | | | | |  | | | | | | |  |  | |  |
| **5** | Ukończony 18. rok życia w dniu przyjęcia | | | | Data urodzenia | | | | | | | …………/…        …/……………... dzień/miesiąc/rok | | | | | | |  |  | |  |
| Wiek | | | | | | | …………………          …………... lata/miesiące | | | | | | |  |  | |  |
| **6** | Czas od zdarzenia wywołującego śpiączkę nie krótszy niż 6 tygodni | | | | Udokumentowana data zdarzenia wywołującego śpiączkę | | | | | | | …………/…        …/……………... dzień/miesiąc/rok | | | | | | |  |  | |  |
| **Kwalifikacja do programu zdrowotnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | *nadruk lub pieczątka  zawierająca imię i  nazwisko lekarza,* | | | | | |  | | | |
| *numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis* | | | | | |