

Kwalifikacja pacjenta do programu zdrowotnego - leczenie dzieci ze śpiączką - WZÓR

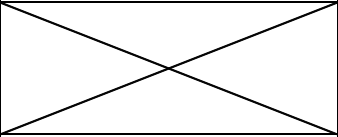
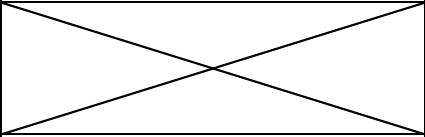
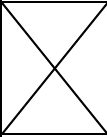
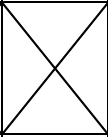
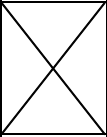
Imię i nazwisko pacjenta.....

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:					
	- nie dłuższym niż 12 miesięcy od momentu urazu	Udokumentowana data urazu	_____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok			
	- nie dłuższym niż 6 miesięcy od momentu wystąpienia śpiączki nieurazowej	Udokumentowana data wystąpienia śpiączki nieurazowej	_____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok			
3	Stabilność podstawowych parametrów życiowych	Uwagi				
4	Stabilność oddechow bez wspomagania mechanicznego	Uwagi				
5	Wiek od rozpoczęcia 2 r. ż. do ukończenia 18 r. ż. (nieukończone 18 lat w momencie przyjęcia)	Data urodzenia	_____/_____/_____ dzień/miesiąc/rok			
		Wiek	_____ lata/miesiące			
Kwalifikacja do programu zdrowotnego						

.....

Podpis i pieczęć lekarza