Załącznik Nr 5a do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

Załącznik Nr 5a do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia....................2024 r.

**Karta monitorowania pacjenta podczas hipotermii leczniczej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko pacjenta: …………………………………. | PESEL: /…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/ | Data i godzina i minuta rozpoczęcia: ………………………. |
| Rodzaj zastosowanej hipotermii wg ICD-9: …………………………….. | | Data i godzina i minuta zakończenia: ……………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czas pomiaru temp. / parametrów \*** | **Schładzanie** | | | | | | **Ogrzewanie (+0,25-0,5 °C/h do 36,6 °C) + monitorowanie normotermii** | | | | | |
| **Rozpoczęcie schładzania** | **temp. docelowa 32 - 34 °C** | **temp. 6 godz. po** | **temp. 12 godz. po** | **temp. 18 godz. po** | **temp. 24 godz. po** | **temp. 30 godz. po** | **temp. 36 godz. po** | **temp. 42 godz. po** | **temp. 48 godz. po** | **temp. 54 godz. po** | **temp. 60 godz. po** |
| godz. i minuta: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| temp. głęboka [°C] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| temp. powierzchowna  [°C] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HR [ud/min] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RR [mmHg] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO2 [%] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SaO2 [%] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CVP [mmHg] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diureza [ml] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (\*) parametry minimalne wynikające z warunków realizacji świadczenia określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanej z zakresu leczenia szpitalnego i rekomendacji nr 124/2012 Prezesa AOTMiT | |
| Nadruk lub pieczątka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej: | Nadruk lub pieczątka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza: |
| ………………………………………………. | ………………………………………………. |