

KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

Pesel

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

.....
.....
.....

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)			Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna
	Od godz. ⁰⁰	Do godz. ⁰⁰	Ilość godzin wentylacji	

