

SKIEROWANIE

**do Oddziału Rehabilitacji Układu Oddechowego
Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Jaroszewcu
Działając w oparciu o umowę zawartą z MOW NFZ**

Kieruje się**PESEL****Adres: ul.****Kod:****Miejscowość****Telefon:****Choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania:**

BMI.....FEV1%FVC.....FEV1.....FVC.....Ilość zaostrzeń w ciągu roku..
Test Oceny POChP(CAT).....lub duszność w skali MRC :SpO2.....jeśli<92%--RKZ

Schorzenia współwystępujące i przebyte:

Choroba niedokrwienna serca. Przebyty zawał serca. Nadciśnienie tętnicze
Niewydolność krążenia NYHA..... Przebyty udar mózgu Nikotynizm (lb.paczkołat)
Cukrzyca typu.....leczona.... Zaburzenia lękowe i depresja Osteoporoza
(właściwe podkreślić)

Przebyte operacje i zabiegi (data i zabieg):**Uzasadnienie skierowania na leczenie rehabilitacyjne:****Stopień sprawności wg WHO**

(właściwe oznaczyć znakiem X)

0	Normalna sprawność, zdolność wykonywania wszystkich czynności bez ograniczeń	
1	Objawy choroby, chory chodzący zdolny tylko do lekkiej pracy	
2	Chory zdolny do wykonywania czynności osobistych, ale nie zdolny do pracy, spędza w łóżku mniej niż pół dnia	
3	Chory zdolny do wykonywania czynności osobistych w stopniu ograniczonym, spędza w łóżku więcej niż pół dnia	
4	Chory unieruchomiony w łóżku, wymaga stałej opieki	

Do przyjęcia pacjent powinien posiadać: Dotychczasową dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie podstawowe i schorzenia współwystępujące, z wcześniejszych hospitalizacji bądź pobytów rehabilitacyjnych, (dopuszczalne kopie opinii bądź konsultacje specjalistów lub lekarzy prowadzących)

Aktualne zdjęcie RTG kl. piersiowej z okresu nie dłuższego niż 24 miesiące.

Opinię Kardiologa w przypadku leczenia w Poradni Kardiologicznej lub lekarza rodzinnego.

Opinię Psychiatry w przypadku leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego lub lekarza rodzinnego.

Opinię Neurologa w przypadku leczenia w Poradni Neurologicznej lub lekarza rodzinnego.

Wskazane jest aby pacjent posiadał aktualnie zażywane leki nie związane z przyczyną hospitalizacji na okres hospitalizacji .

pieczęć lekarza

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wpisanie moich danych na listę oczekujących na świadczenia medyczne w rodzaju Rehabilitacja dróg oddechowych zgodnie z art.20 ust.2 pkt 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zakres schorzeń podlegających rehabilitacji dróg oddechowych:

- przewlekłe nieżyty oskrzeli, zanikowe, śluzowe, śluzowo-ropne, po przebytych zaostrzeniach z zaburzeniami wentylacji
- rozedma i pylica Płuc z towarzyszącym nieżytem oskrzeli
- POChP, po zaostrzeniach
- przewlekłe śródmiąższowe choroby Płuc z zaburzeniami wentylacji
- astma oskrzelowa, po zaostrzeniach
- rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem
- mukowiscydoza
- stany po przebytych odoskrzelowym zapaleniu Płuc(do 3 tygodni od zakończenia leczenia)
- stan po przebytych wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tygodni od zakończenia leczenia)
- stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych

Przeciwwskazania do rehabilitacji dróg oddechowych:

- choroby układu oddechowego z objawami niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej
- ostre lub podostre choroby ogólne
- choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń
- choroby nowotworowe
- gruźlica płuc
- zaawansowana pylica
- promienica płuc
- astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji
- rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem
- stany przebiegające z krwiopluciem po niedawno przebytych krwotokach