

Žádost poskytovatele zdravotních služeb o realizaci domácí umělé plicní ventilace (žádost o DUPV) příloha k žádance VZP - 21/2013 o schválení (povolení)

Podmínkou realizace DUPV je souhlas pacienta, všech osob žijících ve společné domácnosti, registrujícího všeobecného praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost (dále jen „registrující praktický lékař“), poskytovatele domácí zdravotní péče a dalších poskytovatelů, kteří budou poskytovat související zdravotní služby.

Žádost o DUPV se společně s žádankou VZP-21/2013 o schválení (povolení) s příslušným kódem pro technické zajištění DUPV dle nové legislativy zasílá na místně příslušnou Regionální pobočku Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR – dle místa poskytování zdravotních služeb navrhovatelem DUPV

Navrhovatel DUPV (poskytovatel lůžkové péče, u kterého je pojištěnec VZP ČR hospitalizován):

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb:

.....
.....

IČO:IČZ:

Statutární zástupce:

Dodavatel DUPV (dodavatel technického zajištění DUPV dle Přílohy 3 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění):

Název a adresa subjektu:

.....

IČO:IČZ:

Statutární zástupce:

Pacient (pojištěnec VZP ČR):

Jméno a příjmení:

Rodné příjmení:..... Číslo pojištěnce:

Trvalé bydliště:.....

Adresa místa, kde bude DUPV poskytována*.....

*vyplňte v případě, že jde o jinou adresu, než je trvalé bydliště

Základní diagnóza vedoucí k realizaci DUPV:

číselně (dle MKN 10) slovy:
.....

Další diagnózy:

číselně (dle MKN 10) slovy:
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

Vyjádření navrhovatele DUPV k indikaci pacienta k DUPV

DUPV je indikována: ano ne

Pacient mobilní¹: ano ne

Pacient imobilní²: ano ne

Datum: Podpis zástupce navrhovatele DUPV (primář odd.), razítko

Telefon: E-mail:

Vyjádření příslušného specialisty k indikaci pacienta k DUPV

podle charakteru základní diagnózy vedoucí k indikaci DUPV, případně i dalších specialistů
(zajistí navrhovatel DUPV)

DUPV je indikována: ano ne

Odbornost: Podpis, razítko

Odbornost: Podpis, razítko

¹ **Pacient mobilní:** kategorie pacienta 1 (soběstačný) a 2 (částečně soběstačný) dle definic uvedených v platném Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

² **Pacient imobilní:** kategorie 3 (vyžadující zvýšený dohled) a 4 (imobilní) dle definic uvedených v platném Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a dítě do 10 let

Vyjádření ke způsobilosti poskytování ošetrovatelské péče ošetroující osobou

Jméno a příjmení osoby zodpovědné za laické ošetrování pacienta:

Datum narození:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

Ošetroující osoba absolvovala zaškolení, zvládá ošetrovatelskou péči a ovládání potřebných přístrojů a byla informována o realizaci DUPV srozumitelně a v dostatečném rozsahu.

Datum ukončení školení:

Jméno a příjmení zodpovědné ošetroující osoby:

Podpis:

Osoba zodpovědná za zaškolení (vedoucí lékař navrhovatele DUPV):

Podpis, razítko:

Psychologické vyšetření

Vyšetření je požadováno u pacienta a všech osob žijících ve společné domácnosti s pacientem (v případě dětí až od 15 let věku), pokud navrhovatel DUPV před propuštěním pacienta do DUPV nevyhodnotí, že výše uvedené psychologické vyšetření není v konkrétním případě nutné (*zajistí navrhovatel DUPV*)

Psychologické vyšetření:

ano

ne

Potvrzují, že na základě výsledků psychologického vyšetření pacienta a všech osob žijících ve společné domácnosti je rodina je schopna přijmout pacienta do domácího ošetrování.

Datum:

Podpis, razítko:

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s realizací DUPV u mého registrovaného pacienta, kterého mám v péči, a jsem si vědom/a všech okolností s touto péčí souvisejících. Prohlašuji, že se budu řídit aktuálním Doporučeným postupem „Péče o pacienta v DUPV“ a budu spolupracovat s lékařem se specializovanou způsobilostí v základním oboru anesteziologie a resuscitace nebo v nastavbovém oboru intenzivní medicína, který zajišťuje u pacienta zdravotní služby v rámci DUPV.

Datum:

Podpis, razítko:

b) Poskytovatel v odbornosti 925 – sestra domácí zdravotní péče zajišťující zdravotní služby o pacienta v DUPV („certifikovaný“ poskytovatel)³:

Název a adresa:.....

IČO:IČZ:.....

Potvrzuji, že jsem byl/a zaškolen/a v problematice ošetrovatelské péče u pacienta v DUPV, kterého budu mít v péči, jsem si vědom/a všech okolností s touto péčí souvisejících a budu spolupracovat registrujícím praktickým lékařem a s lékařem se specializovanou způsobilostí v základním oboru anesteziologie a resuscitace nebo v nastavbovém oboru intenzivní medicína, který zajišťuje u pacienta zdravotní služby v rámci DUPV.

Datum:

Podpis, razítko:

c) Poskytovatel ambulantních zdravotních služeb v odb. 708 nebo lékař se specializovanou způsobilostí v základním oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo v nastavbovém oboru intenzivní medicína, který se bude na péči o pacienta podílet, zejména v rozsahu konziliární služby⁴ (může být totožný s navrhovatelem DUPV)³

Název a adresa:.....

IČO:IČZ:.....

Jméno a přímení lékaře:.....

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s realizací DUPV u pacienta, kterému budu poskytovat v případě potřeby související konziliární služby, jsem si vědom/a všech okolností s touto péčí souvisejících a budu spolupracovat s registrujícím praktickým lékařem a s poskytovatelem v odb. 925, který zajišťuje u pacienta zdravotní služby v rámci DUPV.

Datum:

Podpis, razítko:

³ Vyplní se pouze v případě, že pacient bude péči po propuštění s ohledem na svůj zdravotní stav vyžadovat.

⁴ V případě, že lékař se spec. způsobilostí v základním oboru anesteziologie a intenzivní medicína nebo v nastavbovém oboru intenzivní medicína bude poskytovat konziliární služby prostřednictvím „certifikovaného“ poskytovatele odb. 925, uvede se do názvu identifikace poskytovatele odb. 925

Povinné přílohy žádosti:

- Lékařská zpráva popisující aktuální klinický stav pacienta se zdůvodněním indikace k DUPV včetně očekávané prognózy, informace o schopnosti sebeobsluhy, schopnosti komunikace, stavu mobility a nutrice.
- Psychologické vyšetření pacienta a členů společné domácnosti, pokud navrhovatel nevyhodnotí, že psychologické vyšetření není v konkrétním případě nutné.
- V případě stanoveného zákonného zástupce potvrzení o jeho ustanovení.