

**SKIEROWANIE**

**do Oddziału Rehabilitacji Układu Oddechowego  
Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji  
im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu  
Działając w oparciu o umowę zawartą z MOW NFZ**

**Kieruje się****PESEL****Adres: ul.****Kod: Miejsowość****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.

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

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

Opinie 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 .**

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 przebyłym odoskrzelowym zapaleniu Płuc( do 3 tygodni od zakończenia leczenia)
- stan po przebyłym 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