

Odbiorca / odbiorcy pisma:

Szanowni Państwo: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia

Rodzaj pisma:

**PETYCJA**

Działając w trybie Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) przekładam petycję w celu podjęcia kroków w interesie publicznym celem udoskonalenia bądź poprawienia danego stanu prawnego bądź faktycznego celem dobra publicznego.

Treść żądania, oczekiwania, uzasadnienie:

Proszę o rozważenie wprowadzenia:

1. Karta oceny niedotlenienia z niedokrwieniem "ischemicznym" niewydolnością krążenia, zakładana bezpośrednio jest przy zgłoszeniu pacjenta na oddział szpitalny i szpitalny oddział ratunkowy.
2. Celem oceny dynamiki zmian wyników laboratoryjnych w szpitalach, oddziale ratunkowym, badaniach kontrolnych - umieszcza się obok bieżącego wyniku poprzednie wyniki badań.

KARTA OCENY NIEDOTLENIENIA				TRIAŻ
Pacjent:		Dnia:		
<input type="checkbox"/> sinica ust	<input type="checkbox"/> sinica języka	<input type="checkbox"/> sinica śluzówek		
<input type="checkbox"/> ból głowy	<input type="checkbox"/> zawroty głowy	<input type="checkbox"/> stenokardia		
<input type="checkbox"/> duszność	<input type="checkbox"/> osłabienie	<input type="checkbox"/> senność		
<input type="checkbox"/> zab.widzenia	<input type="checkbox"/> przyśp. oddech	<input type="checkbox"/> przyśp. rytm		
<input type="checkbox"/> pod. ciśnienie	<input type="checkbox"/> zab. świadom.	<input type="checkbox"/> zab. czucia		
<input type="checkbox"/> zab. równowagi	<input type="checkbox"/> drgawki	<input type="checkbox"/> omdlenie		
<b>OCENA HIPOKSEMII "NIEDOTLENIENIA"</b>				
<b>SATURACJA PRZEZSKÓRNA</b>				
<b>SATURACJA WŁOSICZKOWA</b>				
<b>SATURACJA ŻYLNĄ</b>		%		
<b>SATURACJA TĘTNICZA</b>				
pO2 PRZEZSKÓRNE				
<b>pO2 WŁOSICZKOWE</b>		mmHg		
<b>pO2 ŻYLNIE</b>				
<b>pO2 TĘTNICZE</b>				
Desaturacja		%		
OCENA HIPOKSJI (NIEDOTL. ORGANIZMU) NIED. TLENU W TKANKACH W STOSUNKU DO ZAPOTRZEBOWANIA				
FiO2				
Wskaźnik oksigenacji		mmHg		
Hipoksja hipoksemiczna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Hipoksja ischemiczna (wstrząs)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Hipoksja histotoksyczna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
<u>MetHb</u>	<u>OHb</u>	<u>HHb</u>	<u>Inne [CoHb]</u>	
<b>DIAGNOZA</b>				
<input type="checkbox"/> HIPOKSEMIA Z GAZOMETRII pO2				
<input type="checkbox"/> HIPOKSEMIA Z NIEWYDOLNOŚCIĄ ODDECHOWĄ				
<input type="checkbox"/> HIPOKSEMIA Z SATURACJI				
<input type="checkbox"/> HIPOKSEMIA Z SATURACJI I GAZOMETRII				
<b>KARTĘ WYPEŁNIC BEZPOŚREDNIO PRZY PRZYJĘCIU DO SZPITALA I ODDZIAŁU RATUNKOWEGO</b>				PODPIS I PIECZĘĆ