



Žiadosť o súhlas s poskytnutím dlhodobej domácej NIPPV

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca:

Číslo poistenca (rodné číslo):

Adresa poskytovania prístroja:

Telefónne číslo na kontaktnú osobu:

Indikovaná prístrojová liečba

ŠUKL kód prístroja:

Názov prístroja:

Maska (ŠUKL kód + názov):

Odporúčané nastavenie prístroja:

IPAP:

EPAP:

f:

TI:

I/E:

Indikujúci lekár

Meno a priezvisko indikujúceho lekára:

Kód indikujúceho lekára:

Názov a adresa pracoviska indikujúceho lekára:

Kód PZS:

Telefónne číslo na indikujúceho lekára:

Email kontakt na indikujúceho lekára:

Indikácia liečby

Kód diagnózy podľa MKCH:

Diagnóza slovom:

A. Chronická hyperkapnicko-hypoxemická respiračná insuficiencia stabilná

parameter	hodnota	jednotky
PaCO ₂		kPa
nočné desaturácie počas viac ako 5 min pri podávaní O ₂ ≥ 2l/min		% SaO ₂
počet hospitalizácií do roka pre respiračné zlyhanie		

Dôkladné medicínske odôvodnenie žiadosti (podľa aktuálnych indikačných kritérií):

B. Sy. spánkového apnoe/hypopnoe obštrukčného, komplexného alebo centrálneho typu

Vyhodnotenie predchádzajúcej anamnézy:

Výsledky vyšetrenia v spánkovom laboratóriu:

Dátum vyšetrenia v spánkovom laboratóriu:

	výška		váha		BMI	
	AHI (bez prístroja)					
A	AHI (po titrácii prístrojom CPAP)		AHI (po titrácii prístrojom BiPAP)			
	ODI					
B	dĺžka trvania hyposaturácie pod 85% z celkovej doby spánku v %					
	ESS					
C	arousal index					

pridružené Dg:

C. Periodické dýchanie

SaO₂ počas viac ako 5 min pri podávaní O₂ => 2l/min <90% áno* nie

* doložiť pulzoxymetrickým vyšetrením

Čestné prehlásenie poistenca o fajčení

Poistenec fajčí: áno nie

Počet mesiacov abstinencie od fajčenia:

Poistenec svojim podpisom potvrdzuje správnosť údajov. Zistenie nesprávnosti uvedených údajov, alebo nedodržanie zákazu fajčenia poistenca, bude mať za následok ukončenie hradenia liečby.

Dátum a podpis poistenca:

Dátum vypísania žiadosti:

podpis a pečiatka indikujúceho lekára

Povinnou prílohou žiadosti je v prípade indikácie A prepúšťacia správa, pri indikácii B správa z polysomnografického vyšetrenia a v prípade indikácie C správa z pulzoxymetrického vyšetrenia.

Po vyplnení žiadosti zmluvným PZS zaslať žiadosť (1x originál) na GR VŠZP.