

**Žiadosť o súhlas s poskytnutím prenájmu zdravotníckej pomôcky  
„Systém respiračný CoughAssist E70 s príslušenstvom“ ŠUKL K90810****Údaje o poistencovi**

Meno a priezvisko poistenca:

Číslo poistenca (rodné číslo):

Adresa poskytovania prístroja:

Telefónne číslo na kontaktnú osobu:

**Indikujúci lekár**

Meno a priezvisko indikujúceho lekára:

Kód indikujúceho lekára:

Názov a adresa PZS:

Kód poskytovateľa:

Telefónne číslo na indikujúceho lekára:

Email kontakt na indikujúceho lekára:

**Indikačné kritériá:**

Kód diagnózy podľa MKCH:

Diagnóza slovom:

Pacient spolupracujúci / nespupracujúci *			
Vyšetrovacie parametre	Indikácia ZdP dospelý*	Indikácia ZdP dieťa*	Nameraná aktuálna hodnota <sup>#</sup>
Vitálna kapacita	VC < 50 % NH	VC < 60 % NH	
Vrcholový výdychový prietok	PEF < 2,7l/s	PEF < 70 % NH	
Vrcholový prietok pri kašli PCF	< 160 l/s		
Maximálny nádychový ústny tlak alebo maximálny nádychový nosný tlak	MIP < 80 % NH SNIP < 80 % NH	MIP < 80 % NH SNIP < 80 % NH	
Maximálny výdychový ústny tlak	MEP < 80 % NH	MEP < 80 % NH	
Saturácia hemoglobínu kyslíkom	SpO <sub>2</sub> < 90 %	SpO <sub>2</sub> < 90 %	
Opakované aspirácie	áno	áno	áno / nie*
Svalová únava	P0.1 > 0,2 kPa P0.1/Plmax > 3 %	P0.1 > 0,2 kPa P0.1/Plmax > 3 %	
Pri nespupracujúcom pacientovi - spolupracujúca rodina / ošetrujúca osoba	áno	áno	áno / nie*
Počet splnených kritérií	≥ 4	≥ 4	<b>Celkom splnených:</b>

Objektivizácia účinku liečby		
PCF (+5cm H <sub>2</sub> O/-5cm H <sub>2</sub> O)	PCF (liečebné hodnoty tlakov) .....#	Nárast PCF v %
l/min	l/min	



<b>Dôvod nerealizovania spirometrie</b>	
<b>Charakter a frekvencia kašľa</b>	
<b>Počet opakovaných infekcií HDC</b> jej preliečenia ATB terapiou	
<b>Počet opakovaných infekcií DDC</b> jej preliečenia ATB terapiou	
<b>Počet aspirácií</b>	
<b>Poruchy polykania</b>	áno / nie*
<b>Tracheostómia</b>	áno / nie*
<b>Kontraindikácie k použitiu prístroja</b>	
<b>Frekvencia používania prístroja</b>	

Dátum vypísania žiadosti:

podpis a pečiatka indikujúceho lekára

**Prehlásenie pacienta**

bol som poučený o používaní a zaobchádzaní so ZdP

**áno – nie\***

V ..... Dátum:..... Podpis:.....

Meno a priezvisko rodinného príslušníka / opatrovateľa zverenej osoby, obsluhujúcej ZdP:

.....

Po vyplnení žiadosti zmluvným PZS zaslať jeden originál spolu s prílohami na GR VŠZP.

\* nehodiace škrtnite  
# doplňte hodnoty