

(Apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu vardas, pavardė – pildoma didžiosiomis raidėmis)

Apdraustojo asmens kodas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresas

Telefonas

Valstybinės ligonių kasos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriui

**PRAŠYMAS KOMPENSUOTI DEGUONIES IR (AR) DIRBTINĖS PLAUČIŲ VENTILIACIJOS APARATŲ (-
O) NUOMOS IŠLAIDAS**

20____ - ____ - ____ Nr. _____
(pildymo data ir numeris)

Prašau kompensuoti deguonies aparato / dirbtinės plaučių ventiliacijos aparato (reikiamą pabraukti) nuomos išlaidas. Su Ambulatorinio gydymo deguonies ir dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatais skyrimo ir šių medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi).

Apdraustojo parašas _____

GYDYTOJŲ IŠVADOS

(Pildo gydytojas)

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios gydytojų išvadas, pavadinimas, adresas

Klinikinė diagnozė, pagal kurią skiriamas gydymas deguonies ir (ar) dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatais (-u), jos nustatymo data, kodas pagal TLK-10-AM:.....

Diagnostinių tyrimų rezultatai, tyrimų atlikimo data:

.....
SaO₂
PaO₂
PaCO₂ (arba PtcCO₂).....
SpO₂
SNIP_{max}.....
PI_{max}.....

Koncentruoto deguonies poreikis:
deguonies srauto kiekis..... litrai per minutę;
deguonies vartojimo/procedūros trukmė valandos per parą;
dirbtinės plaučių ventiliacijos būdas (neinvazinis/invazinis);
gyvybinių funkcijų stebėjimo aparatas..... (reikalingas/nereikalingas).

Gydančiojo gydytojo vardas, pavardė, spaudas ir parašas

PRIDEDAMA..... lapų.

(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos
vadovo ar jo įgalioto asmens pareigos)

(Parašas)

(Vardas, pavardė)

