



Kwalifikacja do mechanicznego wspomagania ECMO etapy:

1) Wskazania:

1. Ostra niewydolność oddechowa lub krążeniowa nie reagująca na typową agresywną intensywną terapię.
2. Krótki przebieg choroby.
3. Względnie dobra kondycja fizyczną i umysłową przed zdarzeniem.
4. Brak przeciwwskazań bezwzględnych:
 - Schyłkowa postać przewlekłych chorób;
 - Domowa wentylacja mechaniczna lub tlenoterapia (przed chorobą);
 - Znaczne upośledzenie psychoruchowe;
 - Aktywne krwawienie do OUN;
 - Agresywna wentylacja z FiO_2 100% powyżej 7dni;
 - Brak technicznej możliwości implantacji przez nasz Zespół.

2) Jakie dane potrzebujemy (o co na pewno zapytamy):

- Waga, wiek, rozpoznanie, czas trwania choroby;
- Parametry wentylacji mechanicznej: FiO_2 , TV, PEEP, BR. katecholaminy (jakie i dawka), dializa (?);
- Badanie krwi tętniczej: pH, PaO_2 , $PaCO_2$, lact, HCO_3^- ;
- RTG klatki opis, ECHO serca opis (orientacyjne kurczliwość RV, LV, ewentualne nadciśnienie płucne istotne stenozy / niedomykalności zastawek);
- USG: Średnica żyły szyjnej wewnętrznej prawej, żył i tętnic udowych oraz Doppler wykluczający skrzepliny itd.

3) Rozmowa z nami:

- dopytamy o szczegóły;
- ustalimy kiedy i jak możemy Wam pomóc;
- określimy co będzie potrzebne do implantacji ECMO w Waszym Ośrodku.

4) Ostateczna decyzja o implantacji:

Decyzja podejmowana jest na miejscu przez Lekarza Prowadzącego (anestezjolog znający Pacjenta i przebieg jego choroby), my określimy ewentualne przeciwwskazania.

Dokumenty niezbędne do przygotowania przez Szpital wzywający Zespół ECMO:

- skierowanie na transport,
- skierowanie do Szpitala,
- oświadczenie o zobowiązaniu się do pokrycia kosztów transportu wraz z kosztem personelu niezbędnego do jego realizacji,
- oświadczenie o zobowiązaniu do pokrycia kosztów pacjenta w Szpitalu, w przypadku, gdy pacjent nie zostanie objęty finansowaniem NFZ.

Skan w/w dokumentów należy przesłać przed naszym przyjazdem po Pacjenta na adres:
kardiochirurgia@skp.ump.edu.pl





SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

OŚWIADCZENIE O POKRYCIU KOSZTÓW TRANSPORTU PACJENTA WYMAGAJĄCEGO TERAPII ECMO

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 15 w sprawie powołania Zespołu ds. transportów
międzyszpitalnych pacjentów wymagających terapii ECMO

Wydanie 2 z dnia 29.08.2024 r.

Dane podmiotu wzywającego Zespół ECMO:

Nazwa:

Adres:

NIP:

REGON:

Oddział, z którego odebrany będzie pacjent:

Tel. kontaktowy do osoby organizującej transport z ramienia podmiotu wzywającego Zespół
ECMO:

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia i/lub PESEL:

Data rozpoczęcia realizacji procedury ECMO:

OŚWIADCZENIE

W imieniu podmiotu wzywającego Zespół ECMO, niniejszym zobowiązuję się do pokrycia kosztów transportu w/w pacjenta wymagającego terapii ECMO wraz z kosztem personelu niezbędnego do jego realizacji z naszego podmiotu, tj.

.....
Nazwa i adres odbioru pacjenta

do Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33.

Pieczęć podmiotu wzywającego Zespół ECMO

.....
podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania podmiotu
wzywającego Zespół ECMO



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

OŚWIADCZENIE O POKRYCIU KOSZTÓW LECZENIA PACJENTA WYMAGAJĄCEGO TERAPII ECMO

Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 15 w sprawie powołania Zespołu ds. transportów międzyszpitalnych pacjentów wymagających terapii ECMO

Wydanie 2 z dnia 29.08.2024 r.

Dane podmiotu wzywającego Zespół ECMO:

Nazwa:

Adres:

NIP:

REGON:

Oddział, z którego odebrany będzie pacjent:

Tel. kontaktowy do osoby organizującej transport z ramienia podmiotu wzywającego Zespół ECMO:

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia i/lub PESEL:

Data rozpoczęcia realizacji procedury ECMO:

OŚWIADCZENIE

W imieniu podmiotu wzywającego Zespół ECMO, niniejszym zobowiązuję się do pokrycia kosztów leczenia w/w pacjenta w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera UM w Poznaniu zgodnie z obowiązującym cennikiem usług medycznych Szpitala dostępnym na stronie internetowej pod adresem www.skp.ump.edu.pl, w przypadku, gdy pacjent nie zostanie objęty finansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pieczęć podmiotu wzywającego Zespół ECMO

.....
podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania podmiotu
wzywającego Zespół ECMO