

**Protokol pro indikaci dlouhodobé domácí lé by pomocí mechanické insuflace/exsuflace  
s využitím p ístroje CoughAssist pro d tské pacienty**

Indikující pracovi-t	
Jméno léka e	
Jméno pacienta	
íslo poji-t nce/rodné íslo	
Diagnóza	
Datum	

spolupracující pacient

x

nespolupracující pacient\*

Vy-et ované parametry	Indikace p ístroje	Nam ená aktuální hodnota
Vitální kapacita	VC < 60 % NH	
Vrcholový výdechový pr tok	PEF < 70 % NH	
Maximální nádechový ústní tlak nebo maximální nádechový nosní tlak	MIP < 80 % NH SNIP < 80 % NH	
Maximální výdechový ústní tlak	MEP < 80 % NH	
Saturace hemoglobinu kyslíkem	SpO2 < 90 %	
Opakované aspirace	ano	ano / ne*
Svalová únava	P0.1 > 0,2 kPa P0.1/PImax > 3 %	
Spolupracující rodina/o-et ující osoba	ano	ano / ne*
Po et spln ných kritérií	× 4	Celkem spln no:

**Objektivizace ú inku lé by**

PCF (+5 cmH <sub>2</sub> O/-5cmH <sub>2</sub> O)	PCF (lé ebné hodnoty tlak ): _____ <sup>#</sup>	Nár st PCF v %
l/min	l/min	

Vyjád ení pneumologa:

Vyjád ení neurologa:

Vyjád ení fyzioterapeuta:

**Byly/nebyly\* spln ny podmínky pro indikaci p ístroje CoughAssist. U nemocného není kontraindikace k použití p ístroje.**

\*nehodící škrtněte

<sup>#</sup> doplňte léčebné hodnoty nádechového a výdechového tlaku