

**Protokol pro indikaci dlouhodobé domácí lé by pomocí mechanické insuflace/exsuflace  
s využitím p ístroje CoughAssist pro dosp lé 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 < 50 % NH	
Vrcholový výdechový pr tok	PEF < 2,7 l/s	
Vrcholový pr tok p i ka-li PCF	< 160 l/min	
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 %	
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 ): _____ #	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

# doplňte léčebné hodnoty nádechového a výdechového tlaku