■ 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제2호서식] <개정 2019. 7 .1.>

의료급여 인공호흡기 처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)

수진자	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

상병별 검사방법 (※해당사항에 √ 표시)	1. 인공호흡기 요양비 지급대상 상병(별표4의2) 해당 여부 [ ] 예 [ ] 아니오 2. 상병별 진단기준에 따른 검사 실시 (해당 번호에 √ 표시) ① 영상검사 [ ] Sono [ ] CT [ ] MRI [ ] 심초음파(심도자) [ ] 기타 ( ) ② 특수생화학 / 면역학적 검사, 도말 / 배양검사 ③ 유전학적 검사 ④ 조직학적 검사 ⑤ 임상 진단 [ ] 폐기능검사 [ ] 수면검사 [ ] 그 외 ( ) ⑥ 기타 특수검사 [ ] 근전도검사 [ ] 뇌파검사 [ ] 그 외 ( )
환자상태 및 진료소견 (해당사항에 ☑ 표시)	**※ 아래기준을 모두 만족해야 함.** ① 고이산화탄소혈증 **2가지** 이상의 임상증상 ([ ]**제외**: 의식저하 등으로 의사표현이 불가능하여 고이산화탄소혈증 임상증상 파악이 어려움) [ ] 숨이 참 [ ] 피로감 [ ] 두통 [ ] 정신이 맑지 못하고 멍함 [ ] 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 잠, 혹은 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림 [ ] 불안하여 안절부절 못함 [ ]빈맥 ② 이산화탄소 분압(최소 한 가지 이상) [ ] 동맥혈 가스 검사에서 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 45mmHg 이상 [ ] 호기말 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 40mmHg 이상 ※ 이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부
	③ [ ] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 ①,② 검사 불가능 (의사소견서로 대체)

처방 구분	[ ] 최초 처방 [ ] 재처방(2차 이상)	인공호흡기 환기타입	[ ]혼합형(압력+볼륨) [ ]압력형 [ ]볼륨형
처방 기간	20 . . . ~ 20 . . . (개월)	다음 처방일	20 . . .

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대여· 제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단"재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 주민(외국인)등록번호란에 주민등록번호(외국인 등록번호)를 적습니다.
4. 진료소견 작성시 ①과 ②를 모두 체크하고, ②이산화탄소 분압은 **2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부합니다. 단, 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로** 호흡기를 이탈하여 ①과 ②번의 검사가 불가능 한 경우 ③에 표시한 후 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서로 대체 가능합니다.
5. 처방기간은 최초 처방 시 6개월의 범위에서, 재 처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만 처방 기간 내에 환기타입을 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 결핵과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다
7. 인공호흡치료 서비스 제공업소 현황, 인공호흡기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)/ 사이버 민원센터에서 확인할 수 있습니다.

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]