

Na podstawie art. 54 w zbiegu z art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483) zwaną dalej ustawą zasadniczą, art. 2 ust. 1, art. 2 ust. 2 pkt. 1), art. 4 Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (Dz.U. 2017 poz. 1123, Dz.U. 2018 poz. 870), art. 21 ust. 1 i 2 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka Zgromadzenia ONZ podpisanej w Paryżu z dnia 10 grudnia 1948 roku, ; art. 63 i art. 221 Ustawy - kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 roku (tj. Dz.U. z 2018 poz. 2096 z 2019r. poz. 60, 730, 1133); Ustawy z dnia 11 stycznia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zwiększenia udziału obywateli w procesie wybierania, funkcjonowania i kontrolowania niektórych organów publicznych (Dz.U. 2018 poz. 130), Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. 2002 nr 5 poz. 46)

Dzień dobry,

przekładam swoje spostrzeżenia w zakresie zwiększenia usług medycznych przez podmioty lecznicze, szpitale, poradnie, ośrodki zdrowia, przychodnie, punkty medyczne, punkty apteczne, szkoły, sale WF, zakłady fizjoterapii (rehabilitacji).

1. Wprowadzenie apeli lub rozporządzeń nad zakupem dla aptek, ośrodków zdrowia : urządzenia do pomiaru ciśnienia tętniczego, pulsoksymetrii HSR z perfuzją;
2. Wprowadzenie zakupu specjalnych automatów przed ośrodkami zdrowia, aptekami z środkami leków bez recepty oraz materiałami opatrunkowymi co będzie alternatywą w przypadku zamknięcia apteki w porze nocnej, w porze weekendowej i świątecznej;
3. Wprowadzenie zakupu dla poradni, ośrodków, szpitali biletomatów do rejestracji celem uniemożliwienia stania pod ośrodkiem z samego rana celem zarejestrowania się do lekarza, pielęgniarki, powtórkę leków gdzie po otwarciu ośrodka będzie kolejny biletomat tym razem już do danego lekarza a dokumentacja będzie prowadzona elektronicznie u lekarza lub odręcznie a następnie załączona do kartoteki medycznej;
4. Wprowadzenie finansowania przez samorządy, podmiot tworzący podmioty lecznicze, poradnie, osrodki zdrowia nadwykonań usług medycznych w postaci przyjmowanych liczby pacjentów, dzięki temu poradnie, zakłady diagnostyki będą mogły przyjąć więcej pacjentów niż płaci NFZ co zminimalizuje liczbę kolejek bo każdy pacjent zgłaszający się danego dnia zostanie przyjęty a poza tym zminimalizuje się zadłużenie szpitali, ZOZ a to w konsekwencji zminimalizuje brak rozwoju i potencjału rozwojowego placówki leczniczej;
5. Wprowadzenie wyposażenia każdego miejsca w poczekalni do lekarza w

POZ, AOS, NOL, szpitalach, izbach w podstawowy kardiomonitoring lub pulsoksymetr HSR na odległość celem obserwacji parametrów życiowych u danego pacjenta ambulatoryjnego oraz domniewanego przyjęcia hospitalizacji stacjonarnej, otwartej czy domowej;

6. Wprowadzenie badań dla uczniów przed zajęciami WF na ergospirometrię, test wysiłkowy lub oceny wydolności fizycznej w postaci Testu Ruffiera, Testu Coopera, Testu Cramptona, Testu Lachmana oraz podstawowych parametrów życiowych; oraz ) oceny skali NTS bólu;) oceny skali NYHA;

) oceny skali CCS dławicy piersiowej;

) oceny skali Killipa-Kimballa

) oceny klasyfikacji Forreстера na podstawie cewnika lub na podstawie pulsoksymetrii HSR lub i pulsoksymetrii z oceną indeksu perfuzji lub oceny nawrotu włosiczkowego (kapilarnego);

) oceny nasilenia duszności MRC

7. Wprowadzenie badań dla pacjentów przed rehabilitacją, na oddziałach wewnętrznych, kardiologicznych, w poradniach kardiologicznych na ergospirometrię, test wysiłkowy lub oceny wydolności fizycznej w postaci Testu Ruffiera, Testu Coopera, Testu Cramptona oraz ocenę podstawowych funkcji życiowych oraz oceny skali bólu NTS oraz :) oceny skali NYHA;

) oceny skali CCS dławicy piersiowej;

) oceny skali Killipa-Kimballa

) oceny klasyfikacji Forreстера na podstawie cewnika lub na podstawie pulsoksymetrii HSR lub i pulsoksymetrii z oceną indeksu perfuzji lub oceny nawrotu włosiczkowego (kapilarnego);

) oceny nasilenia duszności MRC

8. Wprowadzenie analizy EKG automatycznego wyniku oraz opisowego w obrębie każdego cyklu w danym odprowadzeniu z :

a) czasu i wysokości załamków : P (A), Q, R, S, T, U;

b) czasu i wysokości zespołu QRS;

c) budowy morfologicznej załamków, odcinków;

d) czasu trwania odcinków i wysokości położenia;

e) czasu trwania odstępów : PQ, QT, QTc;

f) czasu iloczynu Cornell

g) wskaźnika Sokolowa-Lyona

9. Wprowadzenie do analizy testu wyłkowego, ergospirometrycznego w :

a) czasu i wysokości załamków : P (A), Q, R, S, T, U;

b) czasu i wysokości zespołu QRS;

c) budowy morfologicznej załamków, odcinków;

d) czasu trwania odcinków i wysokości położenia;

- e) czasu trwania odstępów : PQ, QT, QTc;
- f) czasu iloczynu Cornell
- g) wskaźnika Sokolowa-Lyona
- h) oceny skali NTS bólu;
- i) oceny skali NYHA;
- j) oceny skali CCS dławicy piersiowej;
- k) oceny skali Killipa-Kimballa
- l) oceny klasyfikacji Forrestera na podstawie cewnika lub na podstawie pulsoksymetrii HSR lub i pulsoksymetrii z oceną indeksu perfuzji lub oceny nawrotu włosiczkowego (kapilarnego);
- m) oceny nasilenia duszności MRC

10. Wprowadzenie procedury monitorowania ciśnienia tętniczego, pulsacji, perfuzji, temperatury, glukozy co 30 sekund lub stale podczas wykonywania testu wysiłkowego, ergospirometrycznego;

11. Pacjent skierowany na test wysiłkowy moim zdaniem winien mieć dokonane badanie

- a) gwałtownego maksymalnego wysiłku od spoczynku;
- b) badania stopniowego od najwyższego etapu do najniższego;
- c) badania stopniowego od najniższego do najwyższego;
- d) badania wysiłkowego jak i ergospirometrycznego w różnych funkcjach zarówno : bieżnia, leżanka czy rowerek celem oceny czy nie występują zaburzenia podczas gdy pacjent będzie zmuszony lub jest zmuszony do maksymalnego wysiłku jakiego może dokonać bez stopniowego zwiększenia wysiłku np. policjanci podczas gonienia gdzie nie ma stopniowej fazy zwiększenia wysiłku a osiągają maksymalne tempo oraz czy nie występują zaburzenia ergospirometryczne lub normalne EKG wysiłkowe np. na rowerku a na bieżni jest oki, czy nie występują również nie zaburzenia na czczo czy 3 godziny bez jedzenia a np. jeśli dany pacjent coś zjadł czy nie wystąpią.

12. wyposażenia książeczki do mierzenia ciśnienia tętniczego w tabelkę oraz procedury wypełnienia niniejszych badań diagnostycznych oraz dokonywanie automatycznego pomiaru na 2 kończynach w tym samym czasie

- a) do ręcznej oceny ciśnienia tętna (według wzoru);
- b) do ręcznej oceny średniego ciśnienia tętniczego (MAP) według najprostszego wzoru;
- c) do oceny indeksu perfuzji, pulsacji (według pulsoksymetru);
- d) do oceny perfuzji w postaci nawrotu włosiczkowego (kapilarnego);
- e) do oceny DPr, DPr Ratio (iloczynu ciśnienia tętniczego skurczowego i tętna);
- f) do oceny liczby oddechów oraz domniawanego wskaźnika oksygenacji poprzez specjalny wzór do obliczeń gdzie domniemywa się że saturacja np. 99% ma ileś tam pO<sub>2</sub> i pacjent oddycha FiO<sub>2</sub> na danym poziomie;
- g) oceny pojemności minutowej VE poprzez mnożenie oddechów x np. 500

ml osoby dorosłej;

13. Wydawanie pacjentowi ciśnieniomierza, holtera z funkcją 2 mankietów oraz oceny pulsoksymetrii HSR oraz pulsoksymetrii z funkcją perfuzji oraz specjalnym czujnikiem badającym ilość oddechów czy VE (pojemności minutowej);

13. wyposażenie każdego EKG w funkcje oceny VE (pojemności minutowej) obecnie jest tylko badane podczas testu wysiłkowego.

Mając na uwadze słuszny interes publiczny, przekazuje pismo celem rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami.

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PUBLIKACJĘ DANYCH, ODPOWIEDŹ LISTEM TRADYCYJNYM ORAZ ODPOWIEDŹ NA NINIEJSZY ADRES E-MAILOWY BEZ ODPOWIEDZI NA INNE ADRESY E-MAILOWE Z POPRZEDNICH WIADOMOŚCI, KTÓRE ZOSTAŁY WYSŁANE. PROSZĘ O ODPOWIEDZI NA ADRES Z KTÓREGO ZOSTAŁO WYSŁANE.