

## KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

Nazwisko i imię pacjenta:  PESEL:  Wiek:

Data badania:  -  -   
dzień miesiąc rok

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>	
1. Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA BMI
2. Szczegółowa ocena stanu odżywienia	
Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <input type="checkbox"/> norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne <input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3,4,7 - 9	
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> nie Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 - 9	
3. Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetalobyczna <input type="checkbox"/> inne
4. Dostęp dojelitowy	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo - żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo - dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo - jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....
5. Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI < 17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17 – 19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6. Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....
7. Cel leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> Leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9. Dni leczenia żywieniowego	Żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....

Pieczętka i podpis lekarza leczącego

Pieczętka i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego

# KARTA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DOROSŁYCH

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek:

I.	Data																		
Dieta Przemysłowa* (nazwa) lub Mieszanina żywieniowa gotowa (nazwa)																			
lub Worek indywidualny**																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;">**Aminokwasy (g)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>**Glukoza (g)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>**Tłuszcze (g)</td> <td></td> </tr> </table>		**Aminokwasy (g)		**Glukoza (g)		**Tłuszcze (g)													
**Aminokwasy (g)																			
**Glukoza (g)																			
**Tłuszcze (g)																			
Objętość (ml)																			
Droga podawania pozajelitowego Żyła centralna / żyła obwodowa																			
Dostęp do przewodu pokarmowego (zgłębnik, gastrostomia, jejunostomia)																			
Sposób podawania diety przemysłowej (bolus / wlew ciągły - szybkość)																			
<b>II Dodatki – nazwa preparatu</b>		<b>Dawka</b>																	
.																			
Witaminy																			
Pierwiastki śladowe																			
Sód																			
Fosforany																			
Magnez																			
Wapń																			
Potas																			
Witamina B1																			
Inne																			
Insulina jedn.																			
Pieczątko i podpis lekarza																			

\* brak konieczności wypełnienia II części tabeli w przypadku braku dodatków do diety przemysłowej

\*\* w przypadku dołączenia recepty na worek indywidualny – brak konieczności wypełnienia II części tabeli

III.	Nazwa badania	Data											
Podstawowe wykonanie (+/-) badania kontrolne *** zaznaczyć	Białko całkowite / Albumina												
	Cholest. Całk. / Trójglicerydy												
	WBC / RBC / Hb												
	Na mmol / K mmol												
	Ca mmol / Mg / Pi												
	Bilirubina / AspAt / AlAt												
	Kreatynina / mocznik												
	Glikemia												
	Inne												
	Bilans Ng / 24h												

\*\*\*wyniki badań laboratoryjnych należy dołączyć do historii choroby