

KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: Wiek:

Data badania: - -

dzień miesiąc rok

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS 2002 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 niemetaboliczna <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