

.....
Pieczęć komórki organizacyjnej

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 lub SGA | BMI |
| SZCZEGÓŁOWA OCENA STANU ODŻYWIANIA | | | |
| 2 | Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy | Powyżej 10% masy ciała Wyjściowej | Poniżej 10% masy wyjściowej |
| | Białko całkowite | Poniżej normy | norma |
| | Albumina | Poniżej normy | norma |
| | Cholesterol całkowity | Poniżej normy | norma |
| Możliwe skuteczne odżywianie doustne | | nie | Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7-9 |
| Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego | | nie | Leczenie żywieniowe pozajelitowe Wypełnić pkt. 5 – 9 |
| 3 | Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego | dysfagia | |
| | | niedrożność górnej części przewodu pokarmowego | |
| | | śpiączka niemetaboliczna | |
| | | inne | |
| 4 | Dostęp dojelitowy | Zgłębnik: nosowo-żołądkowy <input type="checkbox"/> ; nosowo-dwunastniczy <input type="checkbox"/> ; nosowo-jelitowy <input type="checkbox"/> | |
| | | Gastrostomia- | |
| | | Jejunostomia- | |
| 5 | Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego | niedożywienie | |
| | | okres okołoperacyjny u dorosłych | |
| | | wyniszczenie (BMI<17) | |
| | | niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pokarmowego > 5 dni | |
| | | BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pokarmowego > 7 dni | |
| | | powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego | |
| | | reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji | |
| 6 | Dostęp pozajelitowy | 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 ceownika | |
| 7 | Cel leczenia żywieniowego | Utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> ; poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> | |
| | | Leczenie choroby podstawowej <input type="checkbox"/> , lub jej powikłań <input type="checkbox"/> | |
| 8 | Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia | Małe <input type="checkbox"/> , duże <input type="checkbox"/> | |
| 9 | Dni leczenia żywieniowego | żywienie dojelitowe - dni | |
| | | kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych - dni | |
| | | częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe - dni | |
| | | leczenie żywieniowe immunomodulujące - dni | |

Data pieczętka i podpis lekarza lecącego

Data pieczętka i podpis członka
Zespołu Leczenia Żywieniowego