

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO / KARTA MODYFIKACJI ŻYWIENIA DZIECI (nie dotyczy noworodków)

Data badania : (dzień / miesiąc / rok) :

Nr hist. choroby :

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO / KARTA MODYFIKACJI ŻYWIENIA DZIECI 1 (nie dotyczy noworodków)

DOTYCZY ŻYWIENIA : POZAJELITOWEGO DOJELITOWEGO LUB ŁĄCZNIE POZA- I DOJELITOWEGO

Imię i nazwisko

Płeć M K

Data urodzenia: (dzień,/ mies./rok) Wiek (lata, mies.)

masa ciałakg centyle*

wysokość ciałacm centyle*

masa-do długości (wysokości) dla 2-5 lat (WHO Chid Growth Standards) : centyle.....*

BMI centyle*

Obwód głowycm centyle* (dotyczy niemowląt)

* UWAGA : należy podać źródło :

- 1. The WHO Child Growth Standards : http://www.who.int/childgrowth/standards/en/
2. Kułaga Z. i inni, "Standardy Medyczne" 2013: 10 (1) , suplement 1
3. Growth referencje data for 5 - 19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku) : http://www.who.int/growth/standards/en/
4. INNE:

(proszę wpisać źródło)

ROZPOZNANIE (ICD -10)

1 Podkreślić właściwe

Imię i nazwisko

PESEL

UZASADNIENIE DO ROZPOCZĘCIA, MODYFIKACJI² leczenia żywieniowego (należy szczegółowo uzasadnić rozpoczęcie / modyfikację leczenia żywieniowego) :

PLANOWANIE ŻYWIENIA :

- pozajelitowego: całkowitego częściowego immunomodulacyjnego
- dojelitowego : całkowitego częściowego

OKREŚLENIE 100% DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA
..... **KCAL (kJ)**

UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne i dzieci uwzględniające podaż białka (CAŁKOWITE) :

- wiek od 0 - 1 roku : 90 - 100 kcal / kg / dobę
- wiek od 1 roku - 7 lat : 75 - 90 kcal / kg / dobę
- wiek 7 - 12 lat : 60 - 75 kcal / kg / dobę
- wiek 12 - 18 lat : 30 - 60 kcal / kg / dobę

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego - procent dziennego zapotrzebowania energetycznego
0% < 50 % > 50%

ZALECONA podaż drogą pozajelitową - procent dziennego zapotrzebowania energetycznego
0% < 50 % > 50%

W planach włączenie do programu domowego żywienia :

pozajelitowego	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
dojelitowego	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

UWAGI :

Piecątka i podpis lekarza

* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE.

2 Podkreślić właściwe