

**KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO**

Nazwisko i imię pacjenta			
PESEL		WIEK	
DATA BADANIA	dzień	miesiąc	rok
<b>Rozpoznanie (wg ICD-10)</b>			
<b>1</b>	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	<b>NRS lub SGA</b>	<b>BMI</b>
<b>SZCZEGÓŁOWA OCENA STANU ODŻYWIANIA</b>			
<b>2</b>	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
<b>3</b>	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	dysfagia	
		niedrożność górnej części przewodu pokarmowego	
		śpiączka niemetaboliczna	
		inne	
<b>4</b>	Dostęp dojelitowy	Zgłębnik: nosowo-żołądkowy <input type="checkbox"/> ; nosowo-dwunastniczy <input type="checkbox"/> ; nosowo-jelitowy <input type="checkbox"/>	
		Gastrostomia-	
		Jejunostomia-	
<b>5</b>	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	
		niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła	
inne			
<b>6</b>	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 cewnika	
<b>7</b>	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"/>	
<b>8</b>	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia	Małe <input type="checkbox"/> , duże <input type="checkbox"/>	
<b>9</b>	Dni leczenia żywieniowego	<b>żywienie dojelitowe</b> - dni	
		kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych - dni	
		częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe - dni	
		leczenie żywieniowe immunomodulujące - dni	

Data , Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko ,  
Numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza