

**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>  | <b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>                                   | <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<br>wypełnić pkt. 3, 4, 7-9 |
| Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego |   | nie   | Leczenie żywieniowe pozajelitowe<br>Wypełnić pkt. 5 – 9   |
| <b>3</b>  | <b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>                      | dysfagia  |   |
|   |   | niedrożność górnej części przewodu pokarmowego  |   |
|   |   | śpiączka niemetaboliczna  |   |
|   |   | inne  |   |
| <b>4</b>  | <b>Dostęp dojelitowy</b>  | Zgłębnik: nosowo-żołądkowy <input type="checkbox"/> ; nosowo-dwunastniczy <input type="checkbox"/> ; nosowo-jelitowy <input type="checkbox"/> |   |
|   |   | Gastrostomia-   |   |
|   |   | Jejunostomia-   |   |
| <b>5</b>  | <b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>                    | 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 odżywienia doustnego   |   |
|   |   | reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji   |   |
|   |   | niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła  |   |
| inne  |   |   |   |
| <b>6</b>  | <b>Dostęp pozajelitowy</b>  | 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>  | <b>Cel leczenia żywieniowego</b>  | 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>  | <b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia</b> | Małe <input type="checkbox"/> , duże <input type="checkbox"/>   |   |
| <b>9</b>  | <b>Dni leczenia żywieniowego</b>  | <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