

**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 <sup>1</sup> ( nie dotyczy noworodków )**

DOTYCZY ŻYWIENIA	<input type="checkbox"/> POZAJELITOWEGO	<input type="checkbox"/> DOJELITOWEGO
	<input type="checkbox"/> LUB ŁĄCZNIE POZA - I DOJELITOWEGO	

Imię i nazwisko		
Płeć	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Data urodzenia (dd/mm/rr)	wiek ( lata; mies )	

masa ciała ..... kg	centyle ..... * .....
wysokość ciała .....cm	centyle ..... * .....
masa - do długości ( wysokości) dla 2-5 lat ( WHO Chid Growth Standards )	centyle ..... * .....
BMI .....	centyle ..... * .....
obwód głowy ..... cm	centyle ..... * ..... ( dotyczy niemowląt )

\*UWAGA: należy podać źródło :

1. The WHO Chid Growth Standards : <a href="http://www.who.int/childgrowth/standards/en/">http:// www.who.int/childgrowth/standards/en/</a>
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 ) : <a href="http://www.who.int/growth/standards/en/">http://www.who.int/growth/standards/en/</a>
4. INNE : ( proszę podać źródło ) :

<b>ROZPOZNANIE ( ICD - 10 )</b>
---------------------------------

<sup>1</sup> podkreślić właściwe

Imię i nazwisko ..... ..... PESEL
---

UZASADNIENIE DO ROZPOCZĘCIA , MODYFIKACJI <sup>2</sup> leczenia żywienia ( należy szczegółowo uzasadnić rozpoczęcie / modyfikację leczenia żywieniowego <sup>2</sup>)

**PLANOWANIE ŻYWIENIA :**

<input type="checkbox"/> pozajelitowego :	<input type="checkbox"/> całkowitego :	<input type="checkbox"/> częściowego :	<input type="checkbox"/> immunomodulacyjnego :
<input type="checkbox"/> dojelitowego :	<input type="checkbox"/> całkowitego :	<input type="checkbox"/> częściowego :	

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

**UWGA : Orientacyjne potrzeby energetyczne u 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 - 74	kcal / kg / dobę
• wiek 12 - 18 lat	:	30 - 60	kcal / kg / dobę

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego - procent dziennego zapotrzebowania energetycznego

0% <input type="checkbox"/>	< 50% <input type="checkbox"/>	> 50% <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

ZALECONA podaż drogą pozajelitową - procent dziennego zapotrzebowania energetycznego

<input type="checkbox"/>	< 50% <input type="checkbox"/>	> 50% <input type="checkbox"/>	0%
--------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----

**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 :**

Pieczętka i podpis lekarza
----------------------------

<sup>2</sup> podkreślić właściwe