

Pieczętka

Data: (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL: .....

## KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI

### DOTYCZY ŻYWIENIA\*:

POZAJELITOWEGO ☐; DOJELITOWEGO ☐  
LUB ŁĄCZNIE POZA I DOJELITOWEGO ☐

Imię, nazwisko .....

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

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....  
.....

**OKREŚLENIE DOCEŁOWEGO 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA  
ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: ..... KCAL (kJ).  
UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka  
(CAŁKOWITE):**

- wiek 0 – 1 lat: 90 – 100 kcal/kg/doba
- wiek 1 – 7 lat: 75 – 90 kcal/kg/doba
- wiek 7 – 12 lat: 60 – 75 kcal/kg/doba
- wiek 12 – 18 lat: 30 – 60 kcal/kg/doba

**ZALECONA DOCEŁOWA** podaż drogą przewodu pokarmowego - % Dziennego  
Zapotrzebowania Energetycznego: 0 % ☐ ; < 50 % ☐ ; > 50 % ☐ , PO

**ZALECONA DOCEŁOWA** podaż drogą pozajelitową - % Dziennego Zapotrzebowania  
Energetycznego:

0 % ☐ ; < 50 % ☐ ; > 50 % ☐

Uwagi: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA:

Parametr	Początek Data: .....	Po 7 dniach Data: .....	Po 14 dniach Data: .....	Po 21 dniach Data: .....	Po 28 dniach Data: .....	Po 35 dniach Data: .....
Masa ciała (kg)						
Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg/d						
Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg/d						
Całkowita podaż energii kcal/kg/d						
Straty z przewodu pokarmowego ml/kg/d						

Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby.

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE