Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 11 grudnia 2020 r.

**Karta leczenia żywieniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Nazwisko i imię pacjenta: | | | | | | | | PESEL: | | | | | Wiek: | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I.** Data | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **Dieta przemysłowa\* (**nazwa) lub **Mieszanina żywieniowa gotowa (**nazwa)  lub **Worek indywidualny\*\*** | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  | \*\*Aminokwasy (g) | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| \*\*Glukoza (g) | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| \*\*Tłuszcze (g) | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Objętość (ml) | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Droga podawania pozajelitowego  Żyła centralna/żyła obwodowa | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Dostęp do przewodu pokarmowego  (zgłębnik/gastrostomia/jejunostomia) | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Sposób podawania diety przemysłowej  (bolus/wlew ciągły-szybkość) | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **II. Dodatki - nazwa preparatu** | | | | | **Dawka** | | | | | | | | | | | | |
| Witaminy | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Pierwiastki śladowe | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Sód | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Fosforany | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Magnez | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Wapń | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Potas | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Witamina B1 | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Inne | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Insulina jedn. | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| *nadruk lub pieczątka zawierająca imię*  *i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis* | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |

\* brak konieczności wypełniania II części tabeli w przypadku braku dodatków do diety przemysłowej \*\*w przypadku dołączenia recepty na worek indywidualny – brak konieczności wypełniania II części tabeli

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III.** | **Nazwa badania** | **Data** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podstawowe badania kontrolne** \*\*\*zaznaczyć wykonanie (+/-) | Białko całkowite/Albumina |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cholesterol całk/Trójglicerydy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| WBC/RBC/Hb |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Na mmol/ K mmol |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ca mmol/Mg/Pi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bilirubina/AspAt/AlAt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kreatynina/mocznik |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Glikemia |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bilans Ng/ 24h** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*\*\*** wyniki badań laboratoryjnych należy dołączyć do historii choroby