Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 11 grudnia 2020 r.

**Karta kwalifikacji do leczenia żywieniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: Wiek:  Data badania: dzień:........ miesiąc................... rok: ......................... | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
| **Rozpoznanie (wg ICD – 10):** | | | | | | | | |
| 1. | **Przesiewowa ocena stanu odżywienia** | | | | NRS lub SGA | | BMI | |
| 2. | **Szczegółowa ocena stanu odżywienia** | | | | | | | |
|  | 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 | |
| 3. | **Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego** | | □ dysfagia  □ niedrożność górnej części przewodu pokarmowego  □ śpiączka niemetaboliczna  □ inne | | | | | |
| 4. | **Dostęp dojelitowy** | | zgłębnik: □ nosowo – żołądkowy, □ nosowo – dwunastniczy, □ nosowo – jelitowy  □ gastrostomia …………………………………...........  □ jejunostomia ……………………………………...... | | | | | |
| 5. | **Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego** | | □ niedożywienie  □ okres okołooperacyjny u dorosłych  □ wyniszczenie (BMI <17 )  □ niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni  □ BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni  □ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego  □ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji  □ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła  □ inne | | | | | |
| 6. | **Dostęp pozajelitowy** | | □ żyły obwodowe, □ PICC, □ żyła centralna  □ cewnik nietunelizowany, □ port  □ cewnik permanentny, typ cewnika …….………………………………………….......... | | | | | |
| 7. | **Cel leczenia żywieniowego:** | | □ utrzymanie stanu odżywienia, □ poprawa stanu odżywienia,  □ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań | | | | | |
| 8. | **Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:** | | □ małe | □ duże | | | | |
| 9. | **Dni leczenia żywieniowego:** | | żywienie dojelitowe w rehabilitacji dni ......................................................................................  kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji dni .............................................................. | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | | | | | *nadruk lub pieczątka zawierająca*  *imię i nazwisko lekarza kwalifikującego,*  *numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis* | | |