

Pieczętka

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

## KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

### Sposób żywienia:

☐ Żywienie pozajelitowe: ☐ całkowite; ☐ częściowe

Data rozpoczęcia żywienia: .....

Data zakończenia żywienia: .....

Powód: .....

☐ Żywienie dojelitowe: ☐ całkowite; ☐ częściowe

Data rozpoczęcia żywienia: .....

Data zakończenia żywienia: .....

Powód: .....

### Dostęp do przewodu pokarmowego:

☐ zgłębnik żołądkowy ☐ zgłębnik dojelitowy ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia

### Rodzaj pokarmu:

☐ pokarm kobiecy ☐ mieszanka mleczna ☐ mieszane ☐ mieszanka specjalistyczna

**Monitorowanie badań lab. :** wykonane badania (wyniki w historii choroby).

....., dn. .... r.

podpis i pieczętka lekarza