

oznaczenie  
świadczeniodawcy

Data badania: (dzień/mies./rok): ...../...../.....

Nr hist. chor.: .....

PESEL matki: .....

## KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DOJELITOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Data urodzenia: ..... Wiek (dni):

.....

Tydzień

cięży: .....

Rozpoznanie (ICD 10):

.....

.....

....

.....

....

UZASADNIENIE do ROZPOCZĘCIA\* leczenia żywieniowego:

- ☐ noworodek z masą < 1500 g
- ☐ noworodek z masą  $\geq 1500$  g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

- ☐ donoszony ( $\geq 37$  t.c.)
- ☐ niedonoszony ( $\leq 36 + 6$  t. c.)
- ☐ z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)
- ☐ z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g)
- ☐ z ekstremalnie małą masą ciała (< 1000 g)

Masa ciała: ..... kg, Obwód głowy: ..... cm, Długość: ..... cm.

Ocena stanu odżywienia:

☐ Hipertroficzny (> 97 centyla)

☐ Hipotroficzny (< 10 centyla)

☐ Hipertroficzny (> 90 centyla)

☐ Hipotroficzny (< 3 centyla)

☐ Eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem)

Wymaga żywienia:

☐ **pozajelitowego:** ☐ całkowitego; ☐ częściowego;

☐ **dojelitowego:** ☐ całkowitego; ☐ częściowego.

W ŻYWIENIU DOJELITOWYM NOWORODKÓW STOSOWANE SĄ: POKARM NATURALNY (KOBIECY), MIESZANKI MODYFIKOWANE DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I URODZONYCH O CZASIE.

ŻYWIENIE TROFICZNE NIE JEST ŻYWIENIEM DOJELITOWYM.

.....  
podpis i pieczęć lekarza