

oznaczenie
świadczeniodawcy *)

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

Nr dok. med.:

PESEL matki:

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (dni):.....

Tydzień ciąży:

Rozpoznanie (ICD 10):

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

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

Ocena wieku płodowego noworodka:

- ☐ donoszony (≥ 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)
- ☐ hipertroficzny (> 90 centyla)
- ☐ eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem)
- ☐ hipotroficzny (< 10 centyla)
- ☐ hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

☐ **pozajelitowego:**

☐ całkowitego; ☐ częściowego

☐ **drogą przewodu pokarmowego:**

☐ 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.

.....
Nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko
lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz
jego podpis

^{*)} Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

Uwaga: Opracowane na podstawie „Standardów leczenia żywieniowego w Pediatrii 2017” – publikacja Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego