

## Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: ..... miesiąc: ..... rok: .....		

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>			
1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA	BMI
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej	<input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>		<input type="checkbox"/> nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>		<input type="checkbox"/> nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne	
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....	
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 ) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne	
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....	
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :</b>	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże	
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....	

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