

Oznaczenie świadczeniodawcy\*

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

Nr dok. med.: .....

PESEL: .....

## KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko: .....

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

**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.

.....

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

\*Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierająca 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