Załącznik Nr 6d do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie świadczeniodawcy\* | | | |  | Data badania (dzień/mies./rok):*……/………/……*  Nr dok. med.:…………………….……… | |
|  | | | |  | PESEL:.................................................... | |
|  | | | |  |  | |
|  | | | |  |  | |
| **KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI** | | | | | | |
| **w szpitalu/w domu. Nie dotyczy noworodków.** | | | | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| **DOTYCZY ŻYWIENIA:** | | | **POZAJELITOWEGO** □ | | | |
|  | | | **DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO** □ | | | |
|  | | | **LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO** | | | |
|  | | | **I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO** □ | | | |
|  | | | | | | |
| Imię i nazwisko: ........................................................................................................................... | | | | | | |
| Płeć: M □ ; Ż □ | | | | | | |
| Data urodzenia (dzień/mies./rok): ……/….../……...; wiek (lata, mies.): ...................................... | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ROZPOZNANIE (ICD 10): | | | | | | |
| ...................................................................................................................................................... | | | | | | |
| ...................................................................................................................................................... | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **OKREŚLENIE DOCELOWEGO 100% DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA** | | | | | | |
| **ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: …………………. kcal/kg mc.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka** | | | | | | |
| **(CAŁKOWITE):** | | | | | | |
| **wiek 0–1 lat:** | | **90–100 kcal/kg mc./dobę** | | | | |
| **wiek 1–7 lat:** | | **75–90 kcal/kg mc./dobę** | | | | |
| **wiek 7–12 lat:** | | **60–75 kcal/kg mc./dobę** | | | | |
| **wiek 12–18 lat:** | | **30–60 kcal/kg mc./dobę** | | | | |
|  |  |  | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ZALECONA **DOCELOWA** podaż drogą przewodu pokarmowego w leczeniu żywieniowym – | | | | | | | |
| % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego: | | | | | | | |
| 0% □ ; < 50% □ ; > 50% □ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ZALECONA **DOCELOWA** podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania | | | | | | | |
| Energetycznego: | | | | | | | |
| 0% □; < 50% □; > 50% □ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Uwagi: | | | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………….... | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Parametr** | **Początek**  **Data:** | **Data:** | | **Data:** | **Data:** | **Data:** | **Data:** |
| Masa ciała (kg)\* |  |  | |  |  |  |  |
| Długość ciała (cm)\* |  |  | |  |  |  |  |
| Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg mc./d |  |  | |  |  |  |  |
| Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg mc./d\*\* |  |  | |  |  |  |  |
| Całkowita podaż energii kcal/kg mc./d\*\* |  |  | |  |  |  |  |
| \* Częstość pomiaru zależy od stanu klinicznego: w warunkach szpitalnych ok. 1 ×/tydz., w warunkach leczenia domowego co 1–6 mies. (w zależności od wieku dziecka). W przypadku niemowląt nie rzadziej niż co 6 mies.,  u dzieci > 1. roku życia co 6–12 mies. do czasu zakończenia wzrastania. Nie dotyczy dzieci z malformacjami anatomicznymi. | | | | | | | | |
| \*\* Ocena na początku i po istotnych zmianach podaży. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | ..…..……………………….  Nadruk lub pieczątka  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 | | | | | | | | |