Załącznik Nr 6e 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 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 ( ≤ 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 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 | | | |