Załącznik Nr 6b do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 października 2022 r.

**KARTA MONITOROWANIA LECZENIA  
ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| oznaczenie świadczeniodawcy \*) | Data (dzień/mies./rok): *…………/….…..…/………….*  Nr dok. med.: ……………………………………….  PESEL: ..................................................................... |

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 pieczątka 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