

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

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

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

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