

## Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego

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

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1.	<b>Ocena stanu odżywienia:</b>	NRS: ..... BMI: ..... % utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): ..... stężenie białka we krwi: .....g/l stężenie albumin we krwi: .....g/l
2.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego:</b>	Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: ..... dni <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt <input type="checkbox"/> wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 ) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17 – 18 ) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
3.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
4.	<b>Droga podawania:</b>	skuteczne żywienie doustne: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.	<b>Dostęp:</b>	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> inna przetoka Typ cewnika ..... <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> tunelizacja <input type="checkbox"/> cewnik permanentny <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> żyły obwodowe
6.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):</b>	<input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
7.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni .....
8.	<b>Wynik leczenia:</b>	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły
9.	<b>Posiew krwi:</b>	w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika: <input type="checkbox"/> wynik obecny <input type="checkbox"/> brak