

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
SZCZEGÓŁOWA OCENA STANU ODŻYWIANIA			
2	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 niemetaliczna	
		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 pokarmowego > 5 dni	
		BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pokarmowego > 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	Małe ☐ , duże ☐	
9	Dni leczenia żywieniowego	żywienie dojelitowe - dni	
		kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych - dni	
		częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe - dni	
		leczenie żywieniowe immunomodulujące - dni	

Data , Nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko ,
Numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza