

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

Pacjent:

Imię i nazwisko..... Pesel.....

I. Wywiad

1. Wiek (lata) wzrost (cm) masa ciała (kg) płeć K M
2. Zmiana masy ciała utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) (%)
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:
zwiększenie bez zmian zmniejszenie
3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów
bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
Rodzaj diety:
zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych
dieta płynna kompletna
dieta płynna hipokaloryczna
głodzenie
4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)
bez objawów Nudności Wymioty Biegunka Jadłowstręt
5. Wydolność fizyczna
bez zmian zmiany: czas trwania (tygodnie)
rodzaj: praca w ograniczonym zakresie
 chodzi
 leży
6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby
brak mały średni duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej
zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
obrzęk nad kością krzyżową
obrzęk kostek
wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

prawidłowy stan odżywienia
podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
wyniszczenie
duże ryzyko niedożywienia

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia