

## Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnościowego

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

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>		
1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA
		BMI
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>	
	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
	<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>	nie
		Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
	<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>	nie
		Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	zgłębnik: nosowo – żołądkowy, nosowo – dwunastniczy, nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <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
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, PICC, żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :</b>	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> żywienie dojelitowe dni ..... <input type="checkbox"/> kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... <input type="checkbox"/> częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... <input type="checkbox"/> leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....