

KARTA KWALIFIKACJI / KONTYNUACJI DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO

<u>Nazwisko i imię pacjenta:</u>	<u>PESEL:</u>	<u>Nr karty/rok</u>

Choroba podstawowa	
KOD ICD-10 choroby podstawowej	
Choroby towarzyszące	1..... 2..... 3..... 4..... Inne
Waga/ wzrost/ BMI / SGA % utraty masy ciała	
Żywienie pozajelitowe/ dojelitowe	
Dostęp do leczenia żywieniowego	zgłębnik: nosowo-żołądkowy <input type="checkbox"/> ; nosowo- dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo- jelitowy <input type="checkbox"/> ; gastrostomia <input type="checkbox"/> przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> ; inna przetoka <input type="checkbox"/>
Typ cewnika, zgłębnika lub PEG	
Data wytworzenia /zmiany dostępu	
Miejsce wytworzenia (szpital)	
Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespołu ponownego odżywienia	<input type="checkbox"/> nie ma ; <input type="checkbox"/> małe ; <input type="checkbox"/> duże
Wskazania do leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> brak możliwości skutecznego odżywiania doustnego (zaburzenia połykania) <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> inne

Długoterminowy cel leczenia żywieniowego	- utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> - poprawa komfortu życia <input type="checkbox"/> - wyleczenie choroby podstawowej/ powikłań <input type="checkbox"/> - inny:.....
Plan leczenia żywieniowego = schemat podawania preparatów żywieniowych i sposób podaży, (zgodny z informacją ze szpitala lub poradni żywieniowej)
Inne zalecenia /np. podaż płynów/
Program leczenia: opieka nad cewnikiem, przetoką odżywczą, stomią
Przewidywany okres leczenia, > 30 dni?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
ROKOWANIE	pomyślne <input type="checkbox"/> niepomyślne <input type="checkbox"/>

Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego w ZOL:

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis członka zespołu żywieniowego ZOL

.....
podpis członka zespołu żywieniowego ZOL