

KARTA KWALIFIKACJI / KONTYNUACJI DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Nr karty/rok
----------------------------------	---------------	---------------------

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 ; nosowo- dwunastniczy nosowo- jelitowy ; gastrostomia przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) jejunostomia ; inna przetoka
Typ cewnika, zgłębnika lub PEG	
Data wytworzenia /zmiany dostępu	
Miejsce wytworzenia (szpital)	
Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespołu ponownego odżywienia	nie ma ; małe ; duże
Wskazania do leczenia żywieniowego	wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni zwiększony katabolizm powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego brak możliwości skutecznego odżywiania doustnego (zaburzenia połykania) niewydolność przewodu pokarmowego inne

Długoterminowy cel leczenia żywieniowego	- utrzymanie stanu odżywienia - poprawa komfortu życia - wyleczenie choroby podstawowej/ powikłań - 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 nie
ROKOWANIE	pomyślne niepomyślne

Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego w ZOL:

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis członka zespołu żywieniowego ZOL

.....
podpis członka zespołu żywieniowego ZOL