**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

 ………………………………………………………………………………………………..

 pieczątka podmiotu leczniczego