**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