

## KARTA KWALIFIKACJI / KONTYNUACJI DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO

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

<b>Choroba podstawowa</b>	
<b>KOD ICD-10 choroby podstawowej</b>	
<b>Choroby towarzyszące</b>	1..... 2..... 3..... 4..... Inne .....
<b>Waga/ wzrost/ BMI / SGA % utraty masy ciała</b>	
<b>Żywienie pozajelitowe/ dojelitowe</b>	
<b>Dostęp do leczenia żywieniowego</b>	<b>zgłębnik:</b> <input type="checkbox"/> nosowo -żołądkowy ; <input type="checkbox"/> nosowo- dwunastniczy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nosowo- jelitowy ; <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG); <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jejunostomia ; <input type="checkbox"/> inna przetoka <input type="checkbox"/>
<b>Typ cewnika, zgłębnika lub PEG</b>	
<b>Data wytworzenia /zmiany dostępu</b>	
<b>Miejsce wytworzenia (szpital)</b>	
<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespołu ponownego odżywienia</b>	<input type="checkbox"/> nie ma ; <input type="checkbox"/> małe ; <input type="checkbox"/> duże
<b>Wskazania do leczenia żywieniowego</b>	<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 polykania) <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> inne

Długoterminowy cel leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poprawa komfortu życia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wyleczenie choroby podstawowej/ powikłań <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ROKOWANIE	pomyślne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> niepomyślne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego w ZOL:

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
pieczętka podmiotu leczniczego