

## 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> nosowo-żołądkowy ; nosowo- dwunastniczy nosowo- jelitowy ; gastrostomia przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) jejunostomia ; inna przetoka
<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>	nie ma ; małe ; duże
<b>Wskazania do leczenia żywieniowego</b>	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
<b>ROKOWANIE</b>	pomyślne            niepomyślne

Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego w ZOL:

.....  
data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis członka zespołu żywieniowego ZOL

.....  
podpis członka zespołu żywieniowego ZOL