

## Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

|                                                      |        |       |
|------------------------------------------------------|--------|-------|
| Nazwisko i imię pacjenta:                            | PESEL: | Wiek: |
| Data badania: dzień: ..... miesiąc: ..... rok: ..... |        |       |

|                                                              |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>                            |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |
| 1.                                                           | <b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>                                     | NRS lub SGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BMI                                                      |
| 2.                                                           | <b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |
|                                                              | Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy                                | <input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej     |
|                                                              | Białko całkowite                                                              | <input type="checkbox"/> poniżej normy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> norma                           |
|                                                              | Albumina                                                                      | <input type="checkbox"/> poniżej normy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> norma                           |
|                                                              | Cholesterol całkowity                                                         | <input type="checkbox"/> poniżej normy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> norma                           |
| <b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>                  |                                                                               | <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9 |
| <b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b> |                                                                               | <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9     |
| 3.                                                           | <b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>                        | <input type="checkbox"/> dysfagia<br><input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna<br><input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                          |
| 4.                                                           | <b>Dostęp dojelitowy</b>                                                      | zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy<br><input type="checkbox"/> gastrostomia .....<br><input type="checkbox"/> jejunostomia .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |
| 5.                                                           | <b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>                      | <input type="checkbox"/> niedożywienie<br><input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych<br><input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 )<br><input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni<br><input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni<br><input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego<br><input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji<br><input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła<br><input type="checkbox"/> inne |                                                          |
| 6.                                                           | <b>Dostęp pozajelitowy</b>                                                    | <input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna<br><input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port<br><input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                          |
| 7.                                                           | <b>Cel leczenia żywieniowego:</b>                                             | <input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia,<br><input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                          |
| 8.                                                           | <b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :</b> | <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |
| 9.                                                           | <b>Dni leczenia żywieniowego:</b>                                             | żywienie dojelitowe dni .....<br>kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni .....<br>częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni .....<br>leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                          |

.....  
 Nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko,  
 numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza