

KARTA KWALIFIKACJI / KONTYNUACJI DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO / POZAJELITOWEGO

Nazwisko i Imię pacjenta:	PESEL:	Nr karty / rok:	
Choroba podstawowa			
Kod ICD-10 choroby podstawowej			
Choroby towarzyszące (wraz z kodem ICD-10)	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, przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG), jejunostomia, inne:		
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 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	tak	nie
>30 dni		
ROKOWANIE	pomyślne	niepomyślne

Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego:

.....
data

.....
imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego podpis

.....
podpis członka zespołu żywieniowego

.....
podpis członka zespołu żywieniowego