

Nazwisko i imię	Data urodzenia
Oddział	PESEL

Karta leczenia żywieniowego

Kwifikacja do leczenia żywieniowego

Rozpoznanie:		
1	Ocena stanu odżywienia	BMI Stężenie białka we krwi Stężenie albumin we krwi
2	Wskazania do leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI < 17) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-18) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> BMI > 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni <input type="checkbox"/> zwiększony katabolizm <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
3	Cel leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
4	Droga podania	skuteczne żywienie doustne możliwe: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego możliwe: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5	Dostęp	zgiębnik: <input type="checkbox"/> nosowo-żołądkowy <input type="checkbox"/> nosowo-dwunastniczy <input type="checkbox"/> nosowo-jelitowy <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia <input type="checkbox"/> inna przetoka
6	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia	<input type="checkbox"/> nie ma <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże
Wyniki leczenia		
7	Dni leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> żywienie dojelitowe: dni.....
8	Wynik leczenia	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły

.....
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

.....
Podpis i pieczęć pielęgniarki żywieniowej