

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok):/...../.....
Nr hist. chor.:
PESEL:

KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Pacjent:

Imię, nazwisko.....

1. Ocena stanu odżywienia: SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny):

BMI =

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):

stężenie białka we krwi.....g/l stężenie albumin we krwi.....g/l

2. Wskazania do leczenia żywieniowego:

przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego:dni

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
- BMI \geq 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni
- zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

3. Cel leczenia żywieniowego:

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

4. Droga podawania

skuteczne żywienie doustne: możliwe tak nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe tak nie

5. Dostęp:

- zgiębnik: nosowo –żołądkowy nosowo- dwunastniczy nosowo- jelitowy
 przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) gastrostomia jejunostomia
 inna przetoka żyła centralna tunelizacja cewnik permanentny port
 żyły obwodowe

typ cewnika, zgiębnika lub PEG:

6. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):

- nie ma małe duże

7. Wynik leczenia: dobry zły

8. Posiew krwi

w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:

- wynik obecny brak

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia