

Pieczętka

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

KARTA ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DOROSŁYCH/KARTA METABOLICZNA

Nazwisko, imię..... wiek.....oddział

Rozpoznanie (ICD 10).....

	Data								
PODAŻ	Mieszanina żywieniowa RTU(ready to use) /nazwa, objętość/ *								
	Worek indywidualny								
	Aminokwasy %/ ml								
	Glukoza g								
	Tłuszcz %/ g								
	Objętość ml								
	Insulina jedn.								
	N g								
	kcal niebiałkowe								
	Q (kcal/g N)								
	Na mmol								
	K mmol								
	Ca mmol								
	Cl mmol								
	Mg mmol								
	P mmol								
	Pierwiastki śladowe								
	Witaminy								
	Objętość mieszaniny								
	Dodatkowe płyny								
Podaż płynów iv razem (ml)									
Dojelitowo (dieta / ml)									
STRATY	Diureza ml								
	Dreny / przetoka ml								
	Zgłębnik ml								
	N mocznika g								
	Straty N g								
	Straty Na mmol								
	Straty K mmol								
	Straty Ca mmol								
	Straty Mg mmol								
	Straty P mmol								
	Glikozuria								
	Bilans N g /24 h								
Bilans płynów ml /24 h									

BADANIA	pH								
	BE								
	Na mmol / l								
	K mmol / l								
	Ca mmol / l								

	Mg mmol / l								
	Cl mmol / l								
	P mmol / l								
	Glukoza								
	Mocznik								
	Kreatynina								
	Białko /albuminy g / l								
	Bilirubina								
	AspAT / AIAT i.u.								
	GGTP/AlkP i. u								
	LDH i.u								
	Amylaza/lipaza i.u.								
	Cholesterol								
	Triglicerydy								
	CRP mg / l								
	Hb/Ht								
	WBC/TLC								
	Płytki krwi								
	INR/APTT								
	Fibrynogen								
INNE									
Temp°C ciała									
DOSTĘP NACZYNIOWY		Data :							
Wskazania:									
Żyła :									
Cewnik :									
Metoda wprowadzenia cewnika:									
Miejsce wykonania zabiegu:		Blok operacyjny <input type="checkbox"/>			Inne <input type="checkbox"/>				
Przepływ		Dobry <input type="checkbox"/>			Zły <input type="checkbox"/>				
Prowadnica		Usunięta <input type="checkbox"/>			Nieusunięta <input type="checkbox"/>				
Położenie cewnika w rtg									
Lekarz wprowadzający cewnik:					Pielęgniarka asystująca:				
Data usunięcia									
Przyczyna usunięcia									
Wynik posiewu -krew:		Wynik posiewu – koniec wewnętrzny cewnika.							

OPIEKA NAD CEWNIKIEM:

Wymiana przedłużacza / kranika/ korka interlink									
Data									
Podpis									
Opatrunek w miejscu wyprowadzenia cewnika									
Data:									
Podpis									

* w przypadku uzupełniania mieszaniny żywieniowej o dodatkowe składniki odżywcze, należy wykazać je w rubrykach poniżej

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia