

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Karta kontynuacji / kwalifikacji do żywienia dojelitowego

Choroba podstawowa
KOD ICD-10 choroby podstawowej
Choroby towarzyszące	1..... 2..... 3..... 4..... Inne.....
Waga/ wzrost/ BMI / SGA % utraty masy ciała
Żywienie pozajelitowe/ dojelitowe
Dostęp do leczenia żywieniowego	zgłębnik: nosowo –żołądkowy; nosowo- dwunastniczy; <input type="checkbox"/> nosowo- jelitowy; gastrostomia; <input type="checkbox"/> przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) <input type="checkbox"/> jejunostomia; inna przetoka <input type="checkbox"/> żyła centralna: tunelizacja; port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny; żyły obwodowe <input type="checkbox"/>
Typ ceownika, zgłębnika lub PEG
Data wytworzenia / zmiany dostępu/ Miejsce wytworzenia (szpital)
Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespołu ponownego odżywienia	<input type="checkbox"/> nie ma; małe; duże

Wskazania do leczenia żywieniowego	<input type="checkbox"/> - wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> - niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni <input type="checkbox"/> - BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni <input type="checkbox"/> - zwiększony katabolizm <input type="checkbox"/> - powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> - brak możliwości skutecznego odżywiania doustnego (zaburzenia połykania) <input type="checkbox"/> - niewydolność przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> - inne
Długoterminowy cel leczenia żywieniowego	- utrzymanie stanu odżywienia <input type="checkbox"/> - poprawa komfortu życia <input type="checkbox"/> - wyleczenie choroby podstawowej/ powikłań <input type="checkbox"/> - 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, > 30 dni?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
ROKOWANIE	Pomyślne; Niepomyślne <input type="checkbox"/>

Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego w ZOD / Data

Zespół Żywieniowy ZOD / podpisy