……
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

Pacjent:

Imię, nazwisko …… PESEL ……

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 okołooperacyjnego: ……dni

   wskazania do leczenia żywieniowego:

   ☐ okres okołooperacyjny u noworodków i niemowląt

   ☐ wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci

   ☐ 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 ≥ 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**:

   zgłębnik: ☐ nosowo –żołądkowy ☐ nosowo- dwunastniczy ☐ nosowo- jelitowy

   ☐ przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia

   ☐ inna przetoka ☐ żyła centralna ☐ tunelizacja ☐ cewnik permanentny ☐ port

   ☐ żyły obwodowe

   typ cewnika:, zgłębnika 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