

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

### **Karta kontynuacji/ kwalifikacji do żywienia dojelitowego**

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

<b>Wskazania do leczenia żywieniowego</b>	<p>wyniszczenie (BMI&lt;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 &gt; 7 dni  BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego &gt;10 dni  zwiększony katabolizm  powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego  brak możliwości skutecznego odżywiania doustnego ( zaburzenia połykania)  niewydolność przewodu pokarmowego  inne</p>
<b>Długoterminowy cel leczenia żywieniowego</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utrzymanie stanu odżywienia</li> <li>- poprawa komfortu życia</li> <li>- wyleczenie choroby podstawowej/ powikłań</li> <li>- inny: _____</li> </ul>
<b>Plan leczenia żywieniowego = schemat podawania preparatów żywieniowych i sposób podaży, (zgodny z informacją ze szpitala lub poradni żywieniowej )</b>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>Inne zalecenia / np. podaż płynów /</b>	<p>.....</p>
<b>Program leczenia: opieka nad cewnikiem, przetoką odżywczą, stomią</b>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<b>Przewidywany okres leczenia, &gt; 30 dni?</b>	TAK    NIE
<b>ROKOWANIE</b>	Pomyślne ;    Niepomyślne

**Zakwalifikowano do żywienia dojelitowego w ZOD / Data .....**

**Zespół Żywieniowy ZOD / podpisy .....**