**Karta kwalifikacji dorosłych**

………………………… **do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego**

 **(pieczęć jednostki)**

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię pacjenta: …………………………………………………………………. PESEL: ……….………………… Wiek: ……………… |
| Data badania: dzień …………… miesiąc ……………………………. rok……………… |

|  |
| --- |
| **Rozpoznanie (wg ICD-10) :** |
| **1.** | **Ocena stanu odżywiania:** | NRS: ..................................... BMI: ...................................% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): .......................................stężenie białka we krwi: ..........................................g/lstężenie albumin we krwi: ......................................g/l |
| **2.** | **Wskazania do leczenia żywieniowego** | Przewidywany okres głodzenia okołooperacyjnego: .............................. dni okres okołooperacyjny u dorosłych okres okołooperacyjny u noworodków i niemowląt wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci wyniszczenie (BMI <17 ) bez możliwości odżywiania doustnego niedożywienie (BMI 17 – 18 ) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni BMI ≥ 18 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  nieskuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe  tak  nie |
| **5.** | **Dostęp:** | zgłębnik:  nosowo – żołądkowy  nosowo – dwunastniczy  nosowo – jelitowy przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG)  gastrostomia  jejunostomia inna przetokaTyp cewnika ..…………………………………………………………………………….…. żyła centralna  tunelizacja  cewnik permamentny  port  żyły obwodowe |
| **6.** | **Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywiania (re-feeding syndrome)** |  nie ma  małe  duże |
| **7.** | **Dni leczenia żywieniowego** | żywienie dojelitowe dni .................................................................................................kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ...........................................................częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni .................................................. |
| **8.** | **Wynik leczenia:** |  dobry  zły |
| **9.** | **Posiew krwi:** | w przypadku żywienia drogą żyły głównej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:  wynik obecny  brak |

…………………………………… ……………………………………………………

 Pieczątka i podpis lekarza leczącego Pieczątka i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego