

Numer pacjenta

Inicjały

STAN ODŻYWIENIA I LECZENIE (dzień badania)

Jakie cewniki lub zgłębniki ma chory ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> żyła centralna | <input type="checkbox"/> przezskórna endoskopowa gastrostomia |
| <input type="checkbox"/> zgłębnik nosowo-żołądkowy | <input type="checkbox"/> Przezskórna endoskopowa jejunostomia (PEJ) |
| <input type="checkbox"/> zgłębnik nosowo-jelitowy | <input type="checkbox"/> żyła obwodowa |

sposób żywienia

- doustny żywienie dojelitowe żywienie pozajelitowe bez żywienia

liczba dni żywienia pozajelitowego w OIT dni

(=dokładna aktualna - data rozpoczęcia) żywienia dojelitowego

liczba dni żywienia dojelitowego w OIT dni

czas trwania żywienia dojelitowego godziny

Okresowo Ciągła

przyczyna przerwania leczenia żywieniowego

- operacja transport nietolerancja Inne

zaplanowana liczba kalorii na kg masy ciała na dobę kcal/kg/dzień

OR: <500 kcal/dzień 500-999 kcal/dzień 1000-1499 kcal/dzień 1500-2000 kcal/dzień >2000 kcal/dzień

refluks żołądkowo-przelykowy /
zalegania ml

Zaparcie lub biegunka zaparcie > 3dni biegunka

pomiar ciśnienia śródbrzusznego

Nie Tak mmHg

Czy jest możliwe żywienie doustne

Nie Tak

jeżeli "Tak" dodaj pije je

Jeśli "NIE", to dlaczego?

- chory sedowany nie pozwolono jeść nie może połykać po zachłyśnięciu

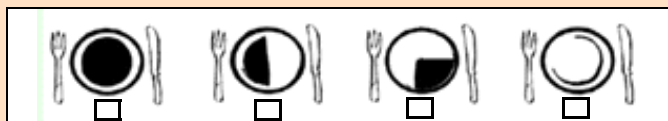
Jeśli "TAK", to czy chory je...

- zwykła dieta szpitalna dieta suplementarna napoje

ŻYWIENIE DOUSTNE - Proszę wybrać jeden posiłek:

Prawie wszystko/wszystko 1/2 1/4 nic

Posiłek: Obiad Kolacja



Zapytaj chorego o samopoczucie

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. Czy jesteś głodny? | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> nie dotyczy |
| 2. Czy chcesz coś zjeść? | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> nie dotyczy |
| 3. Czy masz pragnienie? | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> nie dotyczy |
| 4. Czy odczuwasz suchość w ustach? | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> nie dotyczy |
| 5. Czy masz nudności? | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> nie dotyczy |
| 6. Czy masz bóle brzucha? | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> nie dotyczy |

Proszę kontynuować 4b

Numer pacjenta

Inicjały

Zywienie dojelitowe/pozajelitowe

Czy chory otrzymuje preparaty przemysłowe? tak Nie

Rodzaj DOJELITOWEJ diety przemysłowej i objętość [15]

Nazwa KOD:
Ten produkt za wiera kcal/ml **lub w kcal**
zaplanowana ilość na dzień: ml/24h kcal/24h
ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: ml/24h kcal/24h

Rodzaj POZAJELITOWEJ mieszanki odżywczej i objętość [16]

Nazwa KOD:
Ten produkt za wiera kcal/ml **lub w kcal**
zaplanowana ilość na dzień: ml/24h kcal/24h
ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: ml/24h kcal/24h

Inny preparat żywieniowy i objętość [17]

Nazwa KOD:
Ten produkt za wiera kcal/ml **lub w kcal**
zaplanowana ilość na dzień: ml/24h kcal/24h
ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: ml/24h kcal/24h

indywidualnie komponowane diety /dodatki

Jeżeli przygotowujesz indywidualnie preparat, wypełnij: [18]

aminokwasy: ilość zaplanowana na następne 24 godz: g/24h
ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: g/24h

węglowodany: ilość zaplanowana na następne 24 godz: g/24h
ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: g/24h

tłuszcze: ilość zaplanowana na następne 24 godz: g/24h
ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: g/24h

Dodatkowe składniki odżywcze?

- aminokwasy glukoza
 glutamina witamina E
 MUFA Selen
 omega-3-KT

Dziękujemy!