

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



O pacjencie  
Arkusz 2a

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta     Inicjały    Rok urodzenia

Płeć  Kobieta  Mężczyzna Data przyjęcia na oddział

Masa ciała (kg)     kg  oceniona  zmierzona

Wzrost (cm)     cm  oceniona  zmierzona Zgoda pacjenta  Tak  Nie

PROSZĘ KONTYNUOWAĆ TYLKO WTEDY KIEDY PACJENT WYRAZIŁ ZGODĘ!

1. Przyjęcie do szpitala  planowe  pilne  Nie jestem pewny(a)

2a. Diagnoza przy przyjęciu na oddział (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

<input type="checkbox"/> 0100 Choroby zakaźne i pasożytnicze	<input type="checkbox"/> 1300 Układ kostno-mięśniowy i tkanka łączna
<input type="checkbox"/> 0200 Nowotwory	<input type="checkbox"/> 1400 Układ moczowo-płciowy
<input type="checkbox"/> 0300 Krew, narządy krwiotwórcze, choroby autoimmunologiczne	<input type="checkbox"/> 1500 Ciąża, poród i połóg
<input type="checkbox"/> 0400 Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	<input type="checkbox"/> 1600 Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
<input type="checkbox"/> 0500 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	<input type="checkbox"/> 1700 Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe
<input type="checkbox"/> 0600 Układ nerwowy	<input type="checkbox"/> 1800 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych
<input type="checkbox"/> 0700 Oko i przydatki oka	<input type="checkbox"/> 1900 Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych
<input type="checkbox"/> 0800 Ucho i wyrostek sutkowaty	<input type="checkbox"/> 2000 Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu
<input type="checkbox"/> 0900 Układ krążenia	<input type="checkbox"/> 2100 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia
<input type="checkbox"/> 1000 Układ oddechowy	
<input type="checkbox"/> 1100 Układ trawienny	
<input type="checkbox"/> 1200 Skóra i tkanka podskórna	

2b. Główna diagnoza/ rozpoznanie/schorzenie (jeden kod wybrany z powyższych)

3. Choroby współistniejące (zaznacz odpowiedź dla każdej opcji)

Niewydolność krążenia <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Cukrzyca I/II <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Zawał serca <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Nowotwór <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Przewlekła niewydolność płuc <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Infekcja <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Choroba naczyń mózgowych <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Demencja <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Choroba naczyń obwodowych <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Poważne zaburzenia depresyjne <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Przewlekła niewydolność wątroby <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Inne przewlekłe zaburzenia psychiczne <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Przewlekła niewydolność nerek <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Inne choroby przewlekłe <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie

4a. Poprzednie operacje wykonane podczas hospitalizacji	4b. Planowane operacje podczas obecnego pobytu w szpitalu
<input type="radio"/> Tak, planowane <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak, dziś albo jutro
<input type="radio"/> Tak, ostry przebieg	<input type="radio"/> Tak, później <input type="radio"/> Nie
Dni od momentu operacji <input type="text"/> dni	

5. Przyjęcia pacjenta na OIOM podczas obecnego pobytu w szpitalu  Tak  Nie

6. Czy pacjent jest terminalnie chory?  Tak  Nie  Nie jestem pewny(a)

7. Stan nawodnienia organizmu (D  Normalny  Przewodnienie  Odwodnienie  Nie jestem pewny(a)

8. Liczba różnych leków, które pacjent planuje otrzymać (DZISIAJ) Doustne  Inne

9. Czy niedożywienie lub ryzyko niedożywienia było stwierdzone u pacjenta?  
 Niedożywiony  W grupie ryzyka  Nie  Nie jestem pewny(a)

Proszę kontynuować 2b

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



O pacjencie  
Arkusz 2b

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

Inicjały

10. Płynny (DZISIAJ)  Roztwór elektrolitowy (NaCl, płyny Ringera)  Roztwór glukozy 5%

11. Liczba planowanych płynów tj. proteinowe/energetyczne suplementy diety (np. napoje ONS) (DZISIAJ)

12. Stosowana dieta (DZISIAJ) (zaznacz odpowiedź dla każdej)

Satndardowe jedzenie szpitalne  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Wzbożone jedzenie szpitalne  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Proteinowe/energetyczne suplementy diety (np. napoje ONS)  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Żywienie dojelitowe  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Żywienie pozajelitowe  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Dieta specjalna  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

13a. Linie zylne i sondy (DZISIAJ) (zaznacz odpowiedź dla każdej)

Żyła centralna  TAK  Nie

Zgłębnik nosowo-dwunastniczy  TAK  Nie

Kaniuła dożylna obwodowa (wenflon)  TAK  Nie

Przetoka odżywcza (chirurgiczna)  TAK  Nie

Zgłębnik nosowo-żołądkowy  TAK  Nie

Przezsłonna endoskopowa gastrostomia  TAK  Nie

Zgłębnik nosowo-jelitowy  TAK  Nie

Przezsłonna endoskopowa jejunostomia  TAK  Nie

13b. Czy u pacjenta pojawiły się powikłania związane z żywieniem pozajelitowym od momentu przyjęcia na oddział?

Tak, wcześniej  Tak, aktualnie  Nie  Nie jestem pewny(a)

14. Proszę wskazać, które z poniższych procedur zastosowano w stosunku do pacjenta od momentu przyjęcia na oddział? (zaznacz odpowiedź dla każdej)

Ustalono zapotrzebowanie energetyczne  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Ustalono zapotrzebowanie na białko  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

W dokumentacji pacjenta odnotowano ilość dostarczonego pożywienia  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Zastosowano plan leczenia żywieniowego  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Ekspert do spraw żywienia był skonsultowany  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

Niedożywienie było odnotowane w dokumentacji pacjenta  TAK  Nie  Nie jestem pewny(a)

15a. Zapotrzebowanie enegetyczne pacjenta Wczoraj

- < 500 kcal
- 500 - 999 kcal
- 1000 - 1499 kcal
- 1500 - 1999 kcal
- >= 2000 kcal
- Nie określono
- Nie jestem pewny(a)

OR wstaw proszę

kcal/kg

15b. Ilość przyjętych kalorii przez pacjenta Wczoraj

- < 500 kcal
- 500 - 999 kcal
- 1000 - 1499 kcal
- 1500 - 1999 kcal
- >= 2000 kcal
- Nie określono
- Nie jestem pewny(a)

OR wstaw proszę

kcal/kg

16. Od momentu przyjęcia na oddział, stan zdrowia pacjenta...

- Poprawił się
- Pogorszył się
- Pozostał taki sam
- Pacjent niedawno został przyjęty na oddział
- Nie jestem pewny(a)

Dziękujemy!