

1. Całkowita liczba łóżek w szpitalu

2. Całkowita liczba łóżek w jednostce/oddziale

3. Liczba zarejestrowanych pacjentów w południe

4. Główna specjalizacja (wybierz tylko jedną)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - ogólna | <input type="radio"/> Chirurgia ogólna |
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - kardiologia | <input type="radio"/> Chirurgia/Kardiochirurgia/Chirurgia Naczyniowa/Torakochirurgia |
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - gastroenterologia i hepatologia | <input type="radio"/> Chirurgia/Neurochirurgia |
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - geriatrya | <input type="radio"/> Chirurgia/Ortopedia |
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - choroby zakaźne | <input type="radio"/> Urazy |
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - nefrologia | <input type="radio"/> Laryngologia |
| <input type="radio"/> Medycyna wewnętrzna - onkologia z radioterapią | <input type="radio"/> Ginekologia |
| <input type="radio"/> Interdyscyplinarny | <input type="radio"/> Pediatria |
| <input type="radio"/> Opieka długoterminowa | <input type="radio"/> Psychiatria |
| <input type="radio"/> Neurologia | <input type="radio"/> Inne |

5. Liczba pracowników w jednostce na porannej zmianie

Lekarze
Pielęgniarki

6. Czy na oddziale dostępny jest dietetyk? Tak Nie

7. W jaki sposób ocenia się i monitoruje niedożywienie? (wybierz tylko jedną w kolumnie)

Przy przyjęciu

- Nie wykonuje się rutynowych badań przesiewowych
 - Brak ustalonych kryteriów
 - Doświadczenie/ocena wizualna
 - Tylko ważenie/BMI
 - NRS 2002
 - MUST
 - MST
 - SNAQ
 - Inne narzędzia
- Sprecyzuj proszę:

Podczas pobytu w szpitalu

- Brak rutynowej kontroli
 - Brak ustalonych kryteriów
 - Doświadczenie/ocena wizualna
 - Tylko ważenie/BMI
 - Inne narzędzia
- Sprecyzuj proszę:

8. Kiedy rutynowo ważysz swoich pacjentów? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Przy przyjęciu | <input type="checkbox"/> W ciągu 48 godzin | <input type="checkbox"/> Co tydzień | <input type="checkbox"/> Gdy jest wymagane |
| <input type="checkbox"/> W ciągu 24 godzin | <input type="checkbox"/> W ciągu 72 godzin | <input type="checkbox"/> Czasami | <input type="checkbox"/> Przy wypisie |
| | | | <input type="checkbox"/> Nigdy |

9. Co robisz aby pacjent spożywał odpowiednie posiłki? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Propozycja dodatkowych posiłków, przekąsek | <input type="checkbox"/> Upewnij się, że spożycie posiłków jest niezakłócone |
| <input type="checkbox"/> Propozycja wyboru posiłków | <input type="checkbox"/> Promowanie dogodnych warunków podczas jedzenia |
| <input type="checkbox"/> Propozycja różnych wielkości porcji | <input type="checkbox"/> Uwzględnianie potrzeb kulturowych/religijnych |
| <input type="checkbox"/> Rozważyć prezentacje jedzenia | <input type="checkbox"/> Uwzględnienie alergii/nietoleracji pokarmowych u pacjenta |
| <input type="checkbox"/> Dobieranie tekstury i konsystencji do potrzeb pacjenta | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Uwzględnienie problemów pacjenta z jedzeniem i piciem | |

Dziękujemy!