



nDay express  
O pacjencie

Data   
 Kod ośrodka   
 Kod oddziału

Numer pacjenta  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 KOTYNUOWAĆ TYLKO WTEDY KIEDY PACJENT WYRAZIŁ ZGODĘ!**

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

1a. 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	

1b. Główna diagnoza/ rozpoznanie/schorzenie (jeden kod wybrany z powyższych)

2. 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

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

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

5. Stosowana dieta (DZISIAJ) (zaznacz odpowiedź dla każdej opcji)

Standardowe jedzenie szpitalne <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a)
Wzbogacone jedzenie szpitalne <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a)
Proteinowe/energetyczne suplementy diety (np. napoje ONS) <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a)
Żywnienie dojelitowe <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a)
Żywnienie pozajelitowe <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a)
Dieta specjalna <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a)

6. Stan nawodnienia organizmu (DZISIAJ)  Normalny  Przewodnienie  Odwodnienie  Nie jestem pewny(a)

**Dziękujemy!**