

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



Oddział Intensywnej Terapii

Arkusz 4a

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

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

reflaks 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

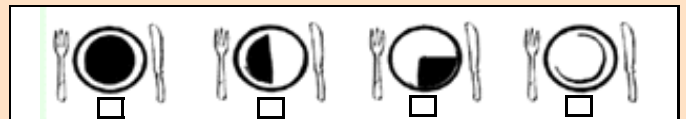
Jeśli "TAK", to czy chory je...

- ☐ 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

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



nutritionDay
worldwide

Oddział Intensywnej Terapii Arkusz 4b

Data
Kod ośrodka
Kod oddziału

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
☐ glutamina
☐ MUFA
☐ omega-3-KT

- ☐ glukoza
☐ witamina E
☐ Selen

Dziękujemy!