



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 KONTYNUOWAĆ 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!**