



# Arkusz dotyczący oddziału Arkusz 1a

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

## 1. 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 - geriatryka                      | <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   |

## 2. Liczba zarejestrowanych pacjentów w południe

  

## 3. Całkowita liczba łóżek w jednostce/oddziale

  

## 4. Liczba pracowników w jednostce na porannej zmianie (z wykluczeniem personelu sprząającego i tymczasowych pracowników NDay)

	po specjalizacji	w trakcie specjalizacji
Lekarze		
Studenci	nie dotyczy	
Pielęgniarki		
Pomoce pielęgniarskie		
Dietetycy		
Żywieniowcy		
Personel administracyjny		nie dotyczy
Inny personel		

5. Czy w szpitalu istnieje zespół żywieniowy? ☐ Tak ☐ Nie

6. Czy oddział posiada strategię żywieniową? ☐ Tak ☐ Nie

7. Czy jest na oddziale osoba odpowiedzialna za opiekę żywieniową? ☐ Tak ☐ Nie

8. Czy na oddziale dostępny jest dietetyk? ☐ Tak ☐ Nie

9. Czy jest personel odpowiedzialny za pomoc w karmieniu pacjentów? ☐ Tak ☐ Nie

## 10. 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:

Proszę kontynuować 1b



**nutritionDay**  
worldwide

## Arkusz dotyczący oddziału

### Arkusz 1b

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

**11a Czy stosujesz wytyczne i standardy w prowadzeniu opieki żywieniowej?**

☐ Tak ☐ Nie

**11b. Jeżeli tak, które stosujesz?**

- ☐ Wytyczne międzynarodowe ☐ Standardy na poziomie jednostki/oddziału
- ☐ Zalecenia krajowe ☐ Indywidualny plan żywieniowy
- ☐ Standardy obowiązujące w szpitalu ☐ Inne

**12. Co jest rutynowo wykonywane w jednostce/oddziale dla określonych grup pacjentów? (zaznacz wszystkie, które mają zas**

Czuje czekanie	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Omówienie opieki żywieniowej podczas obchodu	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Opracowanie indywidualnego planu opieki żywienio	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Rozpoczęcie leczenia/interwencja żywieniowa	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Konsultacja z ekspertem żywieniowym	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Konsultacja z lekarzem specjalistą	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Obliczenie zapotrzebowania energetycznego	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy
Obliczenie zapotrzebowania na białko	<input type="checkbox"/> Grupa ryzyka	<input type="checkbox"/> Niedożywiony	<input type="checkbox"/> Każdy pacjent	<input type="checkbox"/> Nigdy

**13. Kiedy rutynowo ważysz swoich pacjentów? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowa**

☐ Gdy jest wymagane

- ☐ Przy przyjęciu ☐ W ciągu 48 godzin ☐ Co tydzień ☐ Przy wypisie
- ☐ W ciągu 24 godzin ☐ W ciągu 72 godzin ☐ Czasami ☐ Nigdy

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

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

**15. Jakie normy żywienia lub postępowanie żywieniowe obowiązują w Twojej jednostce/oddziale? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)**

- ☐ Dostępność szkoleń dietetycznych
- ☐ Raportowanie dotyczące żywienia do dyrektora szpitala
- ☐ Wskaźniki jakości żywienia są zgłaszane na poziomie krajowym/regionalnym
- ☐ Wskaźniki jakości są wykorzystywane do wewnętrznej analizy porównawczej
- ☐ Pacjenci wypełniają ankiety na temat otrzymywanego pożywienia oraz świadczonych usług gastronomicznych

**16. O co jest pytany pacjent i co jest udokumentowane przy przyjęciu (zaznacz wszystkie, które mają zastosowani**

- ☐ Zmiana wagi ☐ Zwyczaje żywieniowe/ trudności ☐ Odżywianie przed przyjęciem

**17. Które dokumenty zawierają informację o żywieniu/niedożywieniu? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowa**

**a. Historie chorób pacjentów/dokumentacja medyczna uwzględniają...**

- ☐ Możliwość wskazania, czy pacjent jest niedożywiony lub znajduje się w grupie ryzyka ☐ Leczenie żywieniowe

**b. Wypis**

- ☐ Podsumowanie leczenia żywieniowego podczas pobytu
- ☐ Przyszłe zalecenia żywieniowe

**18. Czy oferujecie broszury dotyczące niedożywienia u pacjentów z grupy ryzyka niedożywienia**

☐ Tak ☐ Nie

**19. Kto wypełnił ten kwestionariusz? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)**

- ☐ Kadra dowodząca ☐ Pielęgniarka ☐ Personel administracji
- ☐ Dietetyk ☐ Lekarz ☐ Inne

**Dziękujemy!**