

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



O pacjencie Arkusz 2a

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta Inicjały 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)

2a. 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	

2b. Główna diagnoza/ rozpoznanie/schorzenie (jeden kod wybrany z powyższych)

3. 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

4a. Poprzednie operacje wykonane podczas hospitalizacji	4b. Planowane operacje podczas obecnego pobytu w szpitalu
<input type="radio"/> Tak, planowane <input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Tak, dziś albo jutro
<input type="radio"/> Tak, ostry przebieg	<input type="radio"/> Tak, później <input type="radio"/> Nie
Dni od momentu operacji <input type="text"/> dni	

5. Przyjęcie pacjenta na OIOM podczas obecnego pobytu w szpitalu ☐ Tak ☐ Nie

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

7. Stan nawodnienia organizmu (D ☐ Normalny ☐ Przewodnienie ☐ Odwodnienie ☐ Nie jestem pewny(a)

8. Liczba różnych leków, które pacjent planuje otrzymać (DZISIAJ) Doustne Inne

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

Proszę kontynuować 2b

Proszę zaznaczyć pola, które dotyczą pacjenta



O pacjencie
Arkusz 2b

Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

Inicjały

10. Płynny (DZISIAJ) ☐ Roztwór elektrolitowy (NaCl, płyny Ringera) ☐ Roztwór glukozy 5%

11. Liczba planowanych płynów tj. proteinowe/energetyczne suplementy diety (np. napoje ONS) (DZISIAJ)

12. Stosowana dieta (DZISIAJ) (zaznacz odpowiedź dla każdej)

Satndardowe jedzenie szpitalne ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Wzbogacone jedzenie szpitalne ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Proteinowe/energetyczne suplementy diety (np. napoje ONS) ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Żywienie dojelitowe ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Żywienie pozajelitowe ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Dieta specjalna ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

13a. Linie żyłne i sondy (DZISIAJ) (zaznacz odpowiedź dla każdej)

Żyła centralna ☐ TAK ☐ Nie

Zgłębnik nosowo-dwunastniczy ☐ TAK ☐ Nie

Kaniula dożylna obwodowa (wenflon) ☐ TAK ☐ Nie

Przetoka odżywcza (chirurgiczna) ☐ TAK ☐ Nie

Zgłębnik nosowo-żołądkowy ☐ TAK ☐ Nie

Przezsłonna endoskopowa gastrostomia ☐ TAK ☐ Nie

Zgłębnik nosowo-jelitowy ☐ TAK ☐ Nie

Przezsłonna endoskopowa jejunostomia ☐ TAK ☐ Nie

13b. Czy u pacjenta pojawiły się powikłania związane z żywieniem pozajelitowym od momentu przyjęcia na oddział?

☐ Tak, wcześniej ☐ Tak, aktualnie ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

14. Proszę wskazać, które z poniższych procedur zastosowano w stosunku do pacjenta od momentu przyjęcia na oddział? (zaznacz odpowiedź dla każdej)

Ustalono zapotrzebowanie energetyczne ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Ustalono zapotrzebowanie na białko ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

W dokumentacji pacjenta odnotowano ilość dostarczonego pożywienia ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Zastosowano plan leczenia żywieniowego ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Ekspert do spraw żywienia był skonsultowany ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

Niedożywienie było odnotowane w dokumentacji pacjenta ☐ TAK ☐ Nie ☐ Nie jestem pewny(a)

15a. Zapotrzebowanie enegetyczne pacjenta Wczoraj

- ☐ < 500 kcal
☐ 500 - 999 kcal
☐ 1000 - 1499 kcal
☐ 1500 - 1999 kcal
☐ >= 2000 kcal
☐ Nie określono
☐ Nie jestem pewny(a)

OR wstaw proszę

kcal/kg

15b. Ilość przyjętych kalorii przez pacjenta Wczoraj

- ☐ < 500 kcal
☐ 500 - 999 kcal
☐ 1000 - 1499 kcal
☐ 1500 - 1999 kcal
☐ >= 2000 kcal
☐ Nie określono
☐ Nie jestem pewny(a)

OR wstaw proszę

kcal/kg

16. Od momentu przyjęcia na oddział, stan zdrowia pacjenta...

- ☐ Poprawił się ☐ Pacjent niedawno został przyjęty na oddział
☐ Pogorszył się ☐ Nie jestem pewny(a)
☐ Pozostał taki sam

Dziękujemy!