

## Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywnieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień: ..... miesiąc: ..... rok: .....		

<b>Rozpoznanie (wg ICD – 10):</b>		
1.	<b>Przesiewowa ocena stanu odżywienia</b>	NRS lub SGA <span style="float: right;">BMI</span>
2.	<b>Szczegółowa ocena stanu odżywienia</b>	
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej</span>
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> norma</span>
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> norma</span>
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> norma</span>
	<b>Możliwe skuteczne odżywianie doustne</b>	<input type="checkbox"/> nie <span style="margin-left: 20px;">Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9</span>
	<b>Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego</b>	<input type="checkbox"/> nie <span style="margin-left: 20px;">Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9</span>
3.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego</b>	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne
4.	<b>Dostęp dojelitowy</b>	zgiębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....
5.	<b>Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego</b>	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17 ) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne
6.	<b>Dostęp pozajelitowy</b>	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....
7.	<b>Cel leczenia żywieniowego:</b>	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań
8.	<b>Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :</b>	<input type="checkbox"/> małe <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> duże</span>
9.	<b>Dni leczenia żywieniowego:</b>	żywnienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....

.....  
Pieczętka i podpis lekarza leczącego

.....  
Pieczętka i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego

## SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

### I. Wywiad

1. Wiek (lata) ..... wzrost (cm) ..... masa ciała (kg) ..... płeć  K  M
2. Zmiana masy ciała      utrata masy w ostatnich 6 miesiącach ..... (kg) ..... (%)  
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:  
 zwiększenie       bez zmian       zmniejszenie
3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów  
 bez zmian       zmiany: czas trwania ..... (tygodnie)  
Rodzaj diety:  
 zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych  
 dieta płynna kompletna  
 dieta płynna hipokaloryczna  
 głodzenie
4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)  
 bez objawów     Nudności     Wymioty     Biegunka     Jadłowstręt
5. Wydolność fizyczna  
 bez zmian       zmiany: czas trwania ..... (tygodnie)  
rodzaj:  praca w ograniczonym zakresie  
 chodzi  
 leży
6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:  
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby  
 brak       mały       średni       duży

### II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki) .....

- utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej
- zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- obrzęk nad kością krzyżową
- obrzęk kostek
- wodobrzusze

### III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- wyniszczenie
- duże ryzyko niedożywienia

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

## OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA (NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS)

Pogorszenie stanu odżywiania		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda Choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane – marskość wątroby, POOChP, Radioterapia)
Średnie = 2	Utrata masy ciała >5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5% + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chory w oddziale intensywnej terapii
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: $\geq 3$ – wskazane leczenie żywieniowe $< 3$ – wskazane postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień			

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
 podpis i pieczęć członka zespołu żywienia