



FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia

Imię, nazwisko

Płeć: M ; Ż

Data urodzenia: (dzień/mies./rok/... /..... Wiek: (lata, mies.):

masa ciała..... kg centyle.....*

wysokość ciała cm centyle*

masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2-5 lat (WHO Child Growth Standards):

centyle:*

BMI centyle:*

Obwód głowy: cm; centyle:* (dotyczy niemowląt)

***UWAGA: należy podać źródło:**

- 1. The WHO Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
 - 2. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2010;4(7):690-700 (BMI dla dzieci 7-18 lat)
 - 3. Growth reference data for 5-19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku): <http://www.who.int/growthref/en/>
 - 4. Inne:
- (proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

pozajelitowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
dojelitowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Uwagi:
.....
.....

.....
podpis i pieczętka lekarza