Pieczątka

Nr hist. chor.: …….
PESEL: .....

PTŻKD **FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia (hospitalizacje wielokrotne)**

Imię, nazwisko ..... Płeć: M □; Ż □

Data*	Masa ciała (kg)	Wysokość / długość (m)	BMI (kg/m^2)	Centyl BMI	Źródło**	Planowane leczenie żywieniowe***

*data przyjęcia do szpitala i pomiarów masy i wysokości ciała
**UWAGA: należy podać źródło:
1. The WHO Child Growth Standards: http://www.who.int/childgrowth/standards/en/ (BMI dla dzieci w wieku 0-5 lat)
2. Różdżyńska-Świątkowska A i wsp. Wartości referencyjne wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dla oceny wzrastania i stanu odżywienia dzieci i młodzieży w wieku 3-18 lat. Standardy Med. Pediatria 2013: Vol. 10, Nr 1, s. 11-21 (BMI dla dzieci 3-18 lat)
3. Growthreference data for 5-19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku): http://www.who.int/growthref/en/ (BMI dla dzieci w wieku 5-18 lat)
4. Inne: .....
..... (proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)
***wpisz tak/nie w odniesieniu do aktualnej hospitalizacji; jeśli tak to wypełnij Kartę Kwalifikacji Dzieci Do Leczenia Żywieniowego

……
podpis i pieczątka lekarza