

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO / KARTA MODYFIKACJI ŻYWIENIA DZIECI (nie dotyczy noworodków)

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok):/...../.....
Nr hist. chor.:

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO / KARTA MODYFIKACJI ŻYWIENIA DZIECI¹ (nie dotyczy noworodków)

DOTYCZY ŻYWIENIA: POZAJELITOWEGO DOJELITOWEGO
LUB ŁĄCZNIE POZA- I DOJELITOWEGO

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 inni, „Standardy Medyczne” 2013: 10(1), suplement 1
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)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....
.....
.....

¹ Podkreślić właściwe.

UZASADNIENIE do ROZPOCZĘCIA, MODYFIKACJI² leczenia żywieniowego (należy szczegółowo uzasadnić rozpoczęcie/modyfikację leczenia żywieniowego):

.....
.....
.....
.....

Planowanie żywienia:

pozajelitowego: całkowitego; częściowego; immunomodulacyjnego;

dojelitowego: całkowitego; częściowego.

OKREŚLENIE 100% DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA:

..... KCAL (kJ)

UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci uwzględniające podaż białka (CAŁKOWITE):

– wiek od 0 do 1 roku: 90–100 kcal/kg/dobę

– wiek od 1 roku do 7 lat: 75–90 kcal/kg/dobę

– wiek 7–12 lat: 60–75 kcal/kg/dobę

– wiek 12–18 lat: 30–60 kcal/kg/dobę

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego – procent dziennego zapotrzebowania energetycznego:

0% ; < 50% ; > 50%

ZALECONA podaż drogą pozajelitową – procent dziennego zapotrzebowania energetycznego:

0% ; < 50% ; > 50%

W planach włączenie do programu domowego żywienia:

pozajelitowego TAK NIE

dojelitowego TAK NIE

Uwagi:

.....

.....

.....

podpis i pieczęć lekarza

* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE.

² Podkreślić właściwe.