Załącznik nr 6a do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 23 grudnia 2025 r.

**Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: Wiek:  Data badania: dzień:.................miesiąc: .................. rok: ................ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 1. | **Przesiewowa ocena stanu odżywienia** | | | NRS lub SGA | | | BMI |
| 2. | **Szczegółowa ocena stanu odżywienia** | | | | | | |
|  | Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy | | □ powyżej 10% masy ciała wyjściowej | | | □ poniżej 10% masy wyjściowej |
| Białko całkowite | | □ | | | □ norma |
| Albumina | | □ poniżej normy | | | □ norma |
| Cholesterol całkowity | | □ poniżej normy | | | □ norma |
| **Możliwe skuteczne odżywianie doustne** | | | | □ nie | | Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9 | |
| **Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego** | | | | □ nie | | Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9 | |
| 3. | **Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego** | | □ dysfagia  □ niedrożność górnej części przewodu pokarmowego  □ śpiączka niemetaboliczna  □ inne | | | | |
| 4. | **Dostęp dojelitowy** | | zgłębnik: □ nosowo – żołądkowy, □ nosowo – dwunastniczy, □ nosowo – jelitowy  □ gastrostomia ………………………………………….……….. □ jejunostomia ……………………………………………..……. | | | | |
| 5. | **Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego** | | □ niedożywienie  □ okres okołooperacyjny u dorosłych  □ wyniszczenie (BMI <17 )  □ niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni  □ BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni  □ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego  □ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji  □ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła  □ inne | | | | |
| 6. | **Dostęp pozajelitowy** | | □ żyły obwodowe, □ PICC, □ żyła centralna □ cewnik nietunelizowany, □ port □ cewnik permanentny, typ cewnika …….……………………………………………….…. | | | | |
| 7. | **Cel leczenia żywieniowego:** | | □ utrzymanie stanu odżywienia, □ poprawa stanu odżywienia, □ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań | | | | |
| 8. | **Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:** | |  | | | | |
| 9. | **Dni leczenia żywieniowego:** | | żywienie dojelitowe dni ...........................................................................................................  kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni .........................................................................  częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni .................................................................  leczenie żywieniowe immunomodulujące dni ............................................................................ | | | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | | .............................................................................  Nadruk lub pieczątka zawierająca imię i nazwisko,  numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza | | |