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

**KARTA MONITOROWANIA LECZENIA  
ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie świadczeniodawcy\* |  | Data badania (dzień/mies./rok): *…………/…………/…….….*  Nr dok. med.:…………………….………………………… | |
|  |  | PESEL:............................................................................... | |
|  | | | |
| Imię i nazwisko: ................................................................................................................................... | | | |
| Data urodzenia (dzień/mies./rok): ............../…............/............. | | | |
|  | | | |
| **Sposób żywienia:** | | | |
|  | | | |
| **□ Żywienie pozajelitowe**: **□** całkowite; **□** częściowe | | | |
| Data rozpoczęcia żywienia: ........................................................................................................... | | | |
| Data zakończenia żywienia: .......................................................................................................... | | | |
| Powód:........................................................................................................................................... | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………..... | | | |
|  | | | |
| **□ Żywienie dojelitowe**: **□** całkowite; **□** częściowe | | | |
| Data rozpoczęcia żywienia: ............................................................................................................ | | | |
| Data zakończenia żywienia: ........................................................................................................... | | | |
| Powód: ........................................................................................................................................... | | | |
| ........................................................................................................................................................ | | | |
| Dostęp do przewodu pokarmowego: | | | |
| **□** zgłębnik żołądkowy; **□** zgłębnik dojelitowy; **□** gastrostomia; **□** jejunostomia | | | |
|  | | | |
| Rodzaj pokarmu: | | | |
| **□** pokarm kobiecy; **□** mieszanka mleczna; **□** mieszane; **□** mieszanka specjalistyczna | | | |
|  | | | |
| **Monitorowanie badań lab.**: wykonane badania (wyniki w historii choroby). | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| …………………………, dn. …………………r. | | | ..………….…………………..............  Nadruk lub pieczątka zawierająca imię  i nazwisko, numer prawa  wykonywania zawodu oraz podpis  lekarza |
|  | | |  |
| \*Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierająca nazwę, adres, NIP, REGON | | | |
|  | | | |
| **Uwaga:** Opracowane na podstawie „Standardów leczenia żywieniowego w Pediatrii 2017” – publikacja Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego | | | |