

Pieczętka

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

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI

DOTYCZY ŻYWIENIA*:

POZAJELITOWEGO ☐; DOJELITOWEGO ☐
LUB ŁĄCZNIE POZA I DOJELITOWEGO ☐

Imię, nazwisko

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

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....
.....

**OKREŚLENIE DOCELOWEGO 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA
ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: KCAL (kJ).
UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka
(CAŁKOWITE):**

- wiek 0 – 1 lat: 90 – 100 kcal/kg/doba
- wiek 1 – 7 lat: 75 – 90 kcal/kg/doba
- wiek 7 – 12 lat: 60 – 75 kcal/kg/doba
- wiek 12 – 18 lat: 30 – 60 kcal/kg/doba

ZALECONA DOCELOWA podaż drogą przewodu pokarmowego - % Dziennego
Zapotrzebowania Energetycznego: 0 % ☐ ; < 50 % ☐ ; > 50 % ☐ , PO

ZALECONA DOCELOWA podaż drogą pozajelitową - % Dziennego Zapotrzebowania
Energetycznego:

0 % ☐ ; < 50 % ☐ ; > 50 % ☐

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

OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA:

Parametr	Początek Data:	Po 7 dniach Data:	Po 14 dniach Data:	Po 21 dniach Data:	Po 28 dniach Data:	Po 35 dniach Data:
Masa ciała (kg)						
Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg/d						
Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg/d						
Całkowita podaż energii kcal/kg/d						
Straty z przewodu pokarmowego ml/kg/d						

Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby.

.....
podpis i pieczęć lekarza

* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE