

oznaczenie
świadczeniodawcy

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

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko

Data urodzenia

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.

podpis i pieczęć lekarza