

oznaczenie  
świadczeniodawcy

Data badania (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr dok. med.: .....  
PESEL matki: .....

## KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko: .....  
Data urodzenia (dzień/mies./rok): ...../...../.....; wiek (dni):.....  
Tydzień ciąży: .....  
Rozpoznanie (ICD 10): .....  
.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

- ☐ noworodek z masą < 1500 g
- ☐ noworodek z masą  $\geq 1500$  g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

- ☐ donoszony ( $\geq 37$  t.c.)
  - ☐ niedonoszony ( $\leq 36 + 6$  t.c.)
  - ☐ z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)
  - ☐ z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g)
  - ☐ z ekstremalnie małą masą ciała (< 1000 g)
- Masa ciała: ..... kg; obwód głowy: ..... cm; długość: ..... cm

Ocena stanu odżywienia:

- ☐ hipertroficzny (> 97 centyla)
- ☐ hipertroficzny (> 90 centyla)
- ☐ eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem)
- ☐ hipotroficzny (< 10 centyla)
- ☐ hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

☐ **pozajelitowego:** ☐ całkowitego; ☐ częściowego

☐ **drogą przewodu pokarmowego:** ☐ całkowitego; ☐ częściowego

W ŻYWIENIU DOJELITOWYM NOWORODKÓW STOSOWANE SĄ: POKARM NATURALNY (KOBIECY), MIESZANKI MODYFIKOWANE DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I URODZONYCH O CZASIE. ŻYWIENIE TROFICZNE NIE JEST ŻYWIENIEM DOJELITOWYM.

.....  
podpis i pieczęć lekarza

**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