

Pieczęć

Data badania (dzień/mies./rok):/...../.....

Nr dok. med.:

PESEL:

KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO (nie dotyczy noworodków)

DOTYCZY ŻYWIENIA: POZAJELITOWEGO ☐
 DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO ☐
 LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO
 I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO ☐

Imię i nazwisko:

Płeć: M ☐ ; Ż ☐

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

Masa ciała: kg; centyle:

Wysokość ciała: cm; centyle:

Masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2–5 lat (WHO Child Growth Standards):
centyle:

BMI:; centyle:

Obwód głowy: cm; centyle: (dotyczy niemowląt)

UWAGA! należy stosować siatki wzrastania wg:1. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2015; 12 (1) Suplement 1 **lub**:2. <http://www.who.int/growthref/en/> **lub**

3. Inne:

(proszę wpisać inne źródło)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

.....

Planowanie żywienia:

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

**OKREŚLENIE 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 mc./dobę
- **wiek 1–7 lat:** 75–90 kcal/kg mc./dobę
- **wiek 7–12 lat:** 60–75 kcal/kg mc./dobę
- **wiek 12–18 lat:** 30–60 kcal/kg mc./dobę

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ☐ ; < 50% ☐ ; > 50% ☐

ZALECONA podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0% ☐ ; < 50% ☐ ; > 50 % ☐

W planach włączenie do programu domowego żywienia:

pozajelitowego ☐ TAK ☐ NIE
drogą przewodu pokarmowego ☐ TAK ☐ NIE

Uwagi:

.....
.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza