

oznaczenie
świadczeniodawcy *)

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

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

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 pieczęć zawierająca imię i nazwisko
lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz
jego podpis

*) Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające 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