

Oznaczenie świadczeniodawcy\*

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             | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| drogą przewodu pokarmowego | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Uwagi:

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

.....  
Nadruk lub pieczęć  
zawierająca imię i nazwisko, numer  
prawa wykonywania zawodu oraz  
podpis lekarza

\*Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierająca 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