Załącznik Nr 6f do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oznaczenie świadczeniodawcy\* |  | Data badania (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 pieczątka 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