Załącznik Nr 6a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 października 2022 r.

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

|  |  |
| --- | --- |
| oznaczenie świadczeniodawcy \*) | Data badania (dzień/mies./rok): *………/………/……….*  Nr dok. med.: ………………………………………....  PESEL matki: .............................................................. |

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 ≥ 1500 g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

□ donoszony ( ≥ 37 t.c.)

□ niedonoszony ( ≤ 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.

|  |
| --- |
| ..................................................................................................................................... |
| *Nadruk lub pieczątka 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