Pieczątka

Data badania: (dzień/mies./rok): ...../...../.....
Nr hist. chor.: .....
PESEL matki: .....

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DOJELITOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Data urodzenia: ……Wiek (dni): …….....

Tydzień ciąży:……

Rozpoznanie (ICD 10): ……
.…….....
…….....

UZASADNIENIE do 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 mała 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;

☐ **dojelitowego**: ☐ 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.

..……...
podpis i pieczątka lekarza