Pieczątka

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

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI

DOTYCZY ŻYWIENIA*:
POZAJELITOWEGO ☐; DOJELITOWEGO ☐
LUB ŁĄCZNIE POZA I DOJELITOWEGO ☐

Imię, nazwisko .....

Data urodzenia: (dzień/mies./rok ……/… /…….. wiek: (lata, mies.): .....

ROZPOZNANIE (ICD 10):
.....
…….. …….....

OKREŚLENIE DOCELOWEGO 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/doba
- wiek 1 – 7 lat: 75 – 90 kcal/kg/doba
- wiek 7 – 12 lat: 60 – 75 kcal/kg/doba
- wiek 12 – 18 lat: 30 – 60 kcal/kg/doba

ZALECONA **DOCELOWA** podaż drogą przewodu pokarmowego - % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego: 0 % ☐ ; < 50 % ☐ ; > 50 % ☐, PO

ZALECONA **DOCELOWA** podaż drogą pozajelitową - % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:
0 % ☐ ; < 50 % ☐ ; > 50 % ☐

Uwagi: …….
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA:

Parametr	Początek Data: …….	Po 7 dniach Data: …….	Po 14 dniach Data: …….	Po 21 dniach Data: …….	Po 28 dniach Data: …….	Po 35 dniach Data: ……
Masa ciała (kg)						
Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg/d						
Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg/d						
Całkowita podaż energii kcal/kg/d						
Straty z przewodu pokarmowego ml/kg/d						

Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby.

…….
podpis i pieczątka lekarza

* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE