

Imię i nazwisko BMI

Masa ciałakg Wzrostcm (BMI = masa ciała kg : kwadrat wzrostu m)

PRZESIEWOWA OCENA STANU ODŻYWIENIA NRS 2002

(Nutritional Risk Screening)

dla DOROSŁYCHInstrukcja: zaznacz właściwą odpowiedź

1. Czy pacjent utracił masę ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK NIE
2. Czy pacjent przyjmował mniej posiłków w ciągu ostatniego tygodnia? TAK NIE
3. Czy pacjent jest ciężko chory? TAK NIE

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie ciężkości choroby - zwiększone zapotrzebowanie	
<input type="checkbox"/> 0 pkt	Stan odżywienia prawidłowy	<input type="checkbox"/> 0 pkt	Zwykłe zapotrzebowanie
<input type="checkbox"/> 1 pkt Lekkie niedożywienie	Utrata mc >5% w ciągu 3 mies. lub przyjmowanie pożywienia < 50-75% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	<input type="checkbox"/> 1 pkt Lekkie niedożywienie	Złamanie kości biodrowej, choroby przewlekłe z ostrymi powikłaniami, marskość, POChP, HD, cukrzyca, nowotwory
<input type="checkbox"/> 2 pkt Średnie niedożywienie	Utrata mc >5% w ciągu 2 mies. lub BMI 18,5-20,5 + pogorszenie stanu ogólnego lub przyjmowanie pożywienia 25-50% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	<input type="checkbox"/> 2 pkt Średnie niedożywienie	Duże operacje brzuszne, udar mózgu, ciężkie zapalenie płuc, złośliwe choroby hematologiczne
<input type="checkbox"/> 3 pkt Ciężkie niedożywienie	Utrata mc >5% w ciągu 1mies. lub BMI <18,5 + pogorszenie stanu ogólnego lub przyjmowanie 0-25% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	<input type="checkbox"/> 3 pkt Ciężkie niedożywienie	Uraz głowy, przeszczep szpiku, ciężkie oparzenie, OIT
Wiek powyżej 70 lat – dodaj 1 punkt			
Suma punktów z lewej i prawej strony tabeli oraz za wiek:			

Wybierz właściwe:

- NRS > lub = 3 chory wymaga leczenia żywieniowego; jeśli niemożliwe lub niewystarczające żywienie doustne rozpocznij plan leczenia żywieniowego, wypełnij kartę kwalifikacji i kartę żywienia/metaboliczną dla dorosłych.
- NRS < 3 chory nie wymaga leczenia żywieniowego, oceń ponownie za ok. tydzień lub rozważ profilaktyczny plan opieki żywieniowej np. przed rozległą operacją.

Data:

Podpis i pieczęć lekarza / pielęgniarki: