

Pieczętka

Data badania (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr dok. med.: .....  
PESEL: .....

**KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA  
ŻYWIENIOWEGO  
(nie dotyczy noworodków)**

**DOTYCZY ŻYWIENIA:** POZAJELITOWEGO   
DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO   
LUB ŁĄCZNIE POZAJELITOWEGO  
I DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO

Imię i nazwisko: .....

Płeć: M  ; Ż

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

Masa ciała: ..... kg; centyle: .....

Wysokość ciała: ..... cm; centyle: .....

Masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2–5 lat (WHO Child Growth Standards):  
centyle: .....

BMI: .....; centyle: .....

Obwód głowy: ..... cm; centyle: ..... (dotyczy niemowląt) .....

**UWAGA! należy stosować siatki wzrastania wg:**

1. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2015; 12 (1) Suplement 1 **lub**:

2. <http://www.who.int/growthref/en/> **lub**

3. Inne: .....

(proszę wpisać inne źródło)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....  
.....  
.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

.....  
.....  
.....

Planowanie żywienia:

- pozajelitowego:**  całkowitego;  częściowego;  immunomodulacyjnego  
 **drogą przewodu pokarmowego:**  całkowitego;  częściowego

**OKREŚLENIE 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 mc./dobę
- **wiek 1–7 lat:** 75–90 kcal/kg mc./dobę
- **wiek 7–12 lat:** 60–75 kcal/kg mc./dobę
- **wiek 12–18 lat:** 30–60 kcal/kg mc./dobę

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0%  ; < 50%  ; > 50%

ZALECONA podaż drogą pozajelitową – % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0%  ; < 50%  ; > 50 %

W planach włączenie do programu domowego żywienia:

- pozajelitowego  TAK  NIE  
drogą przewodu pokarmowego  TAK  NIE

Uwagi:

.....  
.....  
.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza