

Pieczętka

Data badania (dzień/mies./rok):/...../.....

Nr dok. med.:

PESEL matki:

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

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

Ocena wieku płodowego noworodka:

- donoszony (\geq 37 t.c.)
- niedonoszony (\leq 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.

.....
podpis i pieczęć lekarza

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