

Pieczętka

Data (dzień/mies./rok):/...../.....

Nr dok. med.:

PESEL:

KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko:

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

Sposób żywienia:

Żywienie pozajelitowe: całkowite; częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:

.....

Żywienie dojelitowe: całkowite; częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:

.....

Dostęp do przewodu pokarmowego:

zgłębnik żołądkowy; zgłębnik dojelitowy; gastrostomia; jejunostomia

Rodzaj pokarmu:

pokarm kobiecy; mieszanka mleczna; mieszane; mieszanka specjalistyczna

Monitorowanie badań lab.: wykonane badania (wyniki w historii choroby).

....., dn.r.

.....
podpis i pieczętka 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