

ZARZĄDZENIE Nr 131

Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie

z dnia 12 maja 2014 r.

w sprawie wprowadzenia wydania II Procedury „Leczenie żywieniowe
w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie

Na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późniejszymi zmianami) oraz § 5 ust. 1 Statutu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie zarządzam, co następuje:

§ 1

Z dniem 14 maja 2014 r. w prowadzam do stosowania w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie wydanie II Procedury „Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie” Numer DL/P/2/14, zwanej dalej Procedurą, stanowiącą załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

1. Zobowiązuję Ordynatorów/Kierowników komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki/położne oddziałowe do nadzoru nad prawidłową realizacją wymagań określonych w Procedurze, o której mowa w § 1 niniejszego Zarządzenia, oraz do zapoznania z nią podległych pracowników.
2. Zobowiązuję Przewodniczącego Zespołu Leczenia Żywieniowego do monitorowania i aktualizacji Procedury, o której mowa powyżej.
3. Nadzór nad wykonaniem niniejszego Zarządzenia powierzam Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 3


Traci moc Zarządzenie Nr 218 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie z dnia 27 września 2013 r. w sprawie wprowadzenia Procedury DL/P/2/13 - Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
WSZ w Koninie

Łukasz Dolata

KADRA PRAWNY
mgr *Janina Markowski*

	Procedura	Wydanie II
	Leczenie żywieniowe	
	w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	
		Numer DL/P/2/14
		Strona 1 / Stron 6

Sporządził	Przewodniczący Zespołu Leczenia Żywieniowego	Data	5.5. 2014r.	Podpis	lek. Tadeusz Małas specjalista anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej. 8040261 / tel. 604 948 102
Sprawdził	Członek Zespołu Leczenia Żywieniowego	Data	5-5 2014	Podpis	dr hab. Andrzej Prośniewski specjalista chirurg 1361043
Sprawdził	Członek Zespołu Leczenia Żywieniowego	Data	5.05 2014	Podpis	dr Jacek Czop neonkolog 1126309
Zatwierdził	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa	Data	6.5. 14	Podpis	Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Krystyna Brzezinska
Obowiązuje od	14 maja 2014r.				

1. Definicje

Przesiewowa ocena stanu odżywienia - działanie umożliwiające identyfikację pacjentów o nieprawidłowym stanie odżywienia (niedożywionych lub otyłych) i pacjentów, u których istnieje znaczące ryzyko wystąpienia niedożywienia oraz określenie wskazań do pogłębionej oceny stanu odżywienia.

Okresowa ocena stanu odżywienia - ocena stanu odżywienia i stanu zdrowia pacjenta, u którego w wyniku wejściowej przesiewowej oceny nie stwierdzono ryzyka żywieniowego, dokonywana zależnie od przebiegu leczenia, jednak nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie.


Ryzyko żywieniowe - ryzyko wystąpienia powikłań choroby lub leczenia, wynikające z obecnych lub spodziewanych zaburzeń stanu odżywienia, wymagające leczenia lub postępowania profilaktycznego.

Zaburzenia stanu odżywienia związane z chorobą - zmiany masy i (lub) parametrów biochemicznych z towarzyszącym pogorszeniem czynności narządów i układów, przeważnie pogarszające rokowanie dotyczące choroby i możliwości jej leczenia, spowodowane nieodpowiednią podażą, przyswajaniem, wchłanianiem i (lub) zaburzeniami metabolizmu substancji odżywczych z powodu związanych z chorobą czynników miejscowych, indywidualnych lub układowych.

Leczenie żywieniowe - podaż pozajelitowa lub drogą przewodu pokarmowego mieszaniny żywieniowej pokrywającej całkowicie lub częściowo potrzeby energetyczne i zawierające w swoim składzie źródło białka, węglowodany, tłuszcze oraz elektrolity, witaminy, pierwiastki śladowe i inne składniki odżywcze odpowiednie dla aktualnych potrzeb żywieniowych, z oceną tolerancji i dostosowania podaży i jej metody do aktualnego stanu metabolicznego chorego.

Chory leczony żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym - osoba, która, z powodu braku możliwości wystarczającego do utrzymania przy życiu odżywiania drogą naturalną, wymaga całkowitego lub suplementarnego podawania substancji odżywczych dożylnie lub do przewodu pokarmowego przez zgłębnik lub przetokę odżywczą.

Lekarz prowadzący leczenie żywieniowe - lekarz opracowujący plan leczenia żywieniowego, odpowiedzialny za jego prawidłową realizację i następstwa terapii.

	Procedura	Wydanie II
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	
		Strona 2 / Stron 6

2. Cel procedury

Zapobieganie zaburzeniom stanu odzywienia i leczenie ich jest niezmiernie wazna czescia leczenia i opieki nad pacjentem. Badania wykazaly, ze nastepstwem zlego stanu odzywienia sa czestsze powiklania (wzrost o 15-30 proc.), dluzszy czas leczenia (pobyt w szpitalu wydluza sie o 30-50 proc.), wyzsza smiertelnosc (wzrost pieciokrotny). Szpital powinien zapewniac zywienie i leczenie zywniowe odpowiednie do chorob i stanu wszystkich leczonych w nim pacjentow.


Celem niniejszej procedury jest wykrywanie, rozpoznanie stanu niedozywienia oraz prowadzenie i dokumentowanie leczenia zywniowego u pacjenta w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie.

3. Zakres - obszary, które należy objąć procedurą


Oddziały szpitalne udzielające świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

4. Zasady postępowania


pkt	Opis działań	Odpowiedzialny
Badanie przesiewowe stanu odzywienia		
1.	1. Zważenie pacjenta i poddanie go przesiewowej ocenie stanu odzywienia, przy przyjęciu go do Szpitala, zgodnie z Załącznikiem nr 1a (dla dorosłych) i 1b (dla dzieci). 2. Przesiewowej ocenie stanu odzywienia przy przyjęciu do Szpitala nie podlegają pacjenci SOR, pacjenci oddziału okulistycznego, laryngologicznego oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja w tych oddziałach trwa krócej niż 3 dni.	pielęgniarka/położna lub lekarz przyjmujący pacjenta
2.	Poddawanie pacjentów objętych powtarzalną hospitalizacją, przesiewowej ocenie stanu odzywienia podczas pierwszej hospitalizacji, następnie nie rzadziej niż co 14 dni.	pielęgniarka/położna lub lekarz oddziału
3.	W przypadku, gdy przesiewowej oceny stanu odzywienia dokonuje pielęgniarka/położna, niezwłoczne ustne powiadomienie lekarza przyjmującego pacjenta/prowadzącego leczenie o wyniku NRS > lub = 3.	pielęgniarka/położna
Ocena zapotrzebowania przy niedozywieniu i wybór metody i drogi odzywienia		
4.	Dokonanie pogłębionej oceny stanu odzywienia pacjenta i jego zapotrzebowania białkowego i kalorycznego oraz możliwości korekty niedozywienia poprzez doustne lub sztuczne odzywanie, w przypadku, gdy przesiewowa ocena stanu odzywienia wskazuje na niedozywienie lub zagrożenie niedozywieniem.	lekarz prowadzący
5.	Wdrożenie odpowiedniego postępowanie według „Algorytmu wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u dorosłych” lub „Algorytmu podejmowania decyzji o konieczności zastosowania leczenia żywieniowego u noworodków i dzieci” (Załącznik nr 2a i 2b).	lekarz prowadzący
Dobór diety doustnej- żywienie naturalnymi składnikami		
6.	1. Przy zachowanej możliwości wystarczającego żywienia pacjenta drogą doustną, (70-90% chorych może być żywionych doustnie dietą z produktów naturalnych), wskazanie diety właściwej dla danego pacjenta według wykazu diet kuchennych dostępnych w Szpitalu (Załącznik nr 3), lub jeśli jest wskazane, zalecenie doustnych suplementów pokarmowych 2. Dobranie diety kuchennej przygotowanej do podawania przez zgłębnik/PEG, jeśli pacjent nie może przyjąć odpowiedniej ilości diety doustnie. 3. (Wymienione sposoby żywienia nie są refundowane przez NFZ).	lekarz prowadzący

	Procedura	Wydanie II
	Leczenie żywieniowe	
	w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	
		Numer DL/P/2/14
		Strona 3 / Stron 6

pkt	Opis działań c.d	Odpowiedzialny
Kwalifikacja dorosłych/ dzieci/ noworodków do leczenia żywieniowego dietami przemysłowymi		
7.	Dokonanie kwalifikacji dorosłych/ dzieci/ noworodków do żywienia dietami przemysłowymi według kart kwalifikacji do leczenia żywieniowego dla dorosłych /dzieci/ noworodków (formularz zgodny z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ – WWW.nfz.gov.pl/zarządzeniaprezesa i www.szpital-konin.pl).	lekarz prowadzący
Żywnienie dojelitowe		
8.	W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia dojelitowego (dieta przemysłowa podawana do przewodu pokarmowego sztuczną drogą przez zgłębnik/przetokę refundowana przez NFZ), wykonanie zabiegów związanych z dostępem do przewodu pokarmowego i odnotowanie ich wykonania w Historii pielęgnowania, według instrukcji DL/1/13 do DL/P/2/14 - Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-a (drenu gastrostomii), jejunostomii, podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię (Załącznik nr 4).	pielęgniarka/położna
9.	.W przypadku wskazań do założenia PEG-u (zał. nr 2a) skierowanie pacjenta do Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej celem założenia PEG-u zgodnie z zasadami obowiązującymi w gastroenterologii, zwykle z udziałem zespołu anestezyjologicznego. W przygotowaniu pacjenta należy uwzględnić: min 6 godzinny odstęp od ostatniego posiłku, świadomą zgodę pacjenta lub przedstawiciela, kwalifikację anestezyjologiczną, niezbędne wyniki badań dodatkowych.	lekarz prowadzący
10.	Zlecenie odpowiedniej diety przemysłowej według wykazu preparatów do żywienia dojelitowego w WSZ w Koninie (WWW.szpital-konin.pl).	lekarz prowadzący
Żywnienie pozajelitowe		
11.	Zlecenie prowadzenia żywienia pozajelitowego drogą żyły obwodowej lub centralnej według wykazu preparatów do żywienia pozajelitowego dostępnych w WSZ w Koninie – WWW.szpital-konin.pl .	lekarz prowadzący
12.	W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia pozajelitowego drogą żyły centralnej: 1. Skierowanie pacjenta do oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii na implantację cewnika centralnego. W przygotowaniu należy uwzględnić oznaczenie parametrów układu krzepnięcia (koagulologia i liczba płytek krwi). Implantacja cewnika centralnego odbywa się wg zasad stosowanych w anestezyjologii i intensywnej terapii. 2. Wydanie skierowania na badanie RTG klatki piersiowej po założeniu cewnika centralnego w celu oceny jego położenia i wykluczenia powikłań.	lekarz prowadzący
13.	W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia pozajelitowego drogą żyły centralnej, założenie „Karty centralnego dostępu naczyniowego” (Zgodnej z wzorem podanym w aktualnym Zarządzeniu Prezesa NFZ – WWW.nfz.gov.pl/zarządzeniaprezesa i na www.szpital-konin.pl), w przypadku Oddziału Intensywnej Terapii dokonanie odpowiednich wpisów w „Karcie pacjenta intensywnej terapii”.	lekarz implantujący centralny cewnik żylny
14.	1. W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia pozajelitowego przez użycie gotowych worków 2- i 3-komorowych uzupełnienie tych worków o niezbędne witaminy, mikroelementy lub inne zleczone przez lekarza składniki odbywa się w oddziale leczącym w wyznaczonym przez pielęgniarkę/położną oddziałową do tego celu miejscu z zachowaniem: -zasad aseptyki i antyseptyki, -zaleceń	pielęgniarka / położna

	Procedura	Wydanie II
	Leczenie żywieniowe	
	w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	
		Numer DL/P/2/14:
		Strona 4 / Stron 6

14 cd.	<p>producenta, -zasady indywidualnego oznakowywania worków dla pacjenta za pomocą etykiety samoprzylepnej</p> <p>2. W przypadku wdrożenia u pacjenta dorosłego żywienia pozajelitowego przez użycie mieszanin przygotowywanych z prostych składników wg indywidualnej recepty zleconej dla danego pacjenta przez lekarza – przygotowanie i oznakowanie takiej mieszaniny żywieniowej dożylniej „na miarę” odbywa się w aptece szpitalnej wg odrębnej procedury ,</p>	farmaceuta
15.	<p>1. Przeprowadzanie codziennych zabiegów związanych z dostępem dożylnym w leczeniu żywieniowym (i innym) według instrukcji DL/I/2/13 do DL/P/2/14 - Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego, zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego (Załącznik nr 5).</p> <p>2. Odnotowywanie w „Karcie centralnego dostępu naczyniowego” (wg wzoru zamieszczonego na WWW.szpital-konin.pl) zabiegów związanych z pielęgnacją centralnego dostępu naczyniowego, w przypadku Oddziału Intensywnej Terapii w „Karcie pacjenta intensywnej terapii”.</p>	pielęgniarka/położna
Monitorowanie leczenia żywieniowego		
16.	<p>1. W przypadku żywienia pozajelitowego, założenie Karty żywienia pozajelitowego i dojelitowego dorosłych/ karty metabolicznej/ lub karty monitorowania leczenia żywieniowego dzieci/ lub noworodków (Formularz zgodny z wzorem z aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ dostępny na WWW.nfz.gov.pl/zarzadzeniaprezesa oraz na WWW.szpital-konin.pl).</p> <p>2. Zlecenie badań laboratoryjnych przed wdrożeniem żywienia pozajelitowego: morfologia, CRP, glukoza, Na, K, Ca, Mg, PO₄, Cl, mocznik, kreatynina, białko ogólne i albuminy, bilirubina, AlaT, AspAT, diastaza, gazometria, cholesterol, trójglicerydy - o ile pacjent nie posiada aktualnych wyników.</p> <p>3. W pierwszych dniach żywienia zlecenie badania profilu glikemii, Na, K, gazometrii codziennie oraz w razie potrzeby inne badania.</p> <p>4. Powtarzanie badań laboratoryjnych (w niezbędnym zakresie) w trakcie leczenia żywieniowego - około raz w tygodniu lub w razie potrzeby z inną częstotliwością.</p> <p>5. W zależności od stanu pacjenta i wyników badań laboratoryjnych, korygowanie planu leczenia żywieniowego.</p> <p>6. W przypadku żywienia dojelitowego zlecenie badań przed wdrożeniem żywienia: morfologia, glukoza, Na, K, PO₄, mocznik, kreatynina, białko ogólne i albuminy, chol oraz inne badania według potrzeby - o ile pacjent nie posiada aktualnych wyników.</p> <p>7. Określanie zakresu badań laboratoryjnych u dzieci i noworodków przez lekarza prowadzącego terapię żywieniową</p>	lekarz prowadzący
Bilans płynów		
17.	<p>1. W przypadku żywienia pozajelitowego lub dojelitowego zasadne jest prowadzenie bilansu płynów np. według „Karty bilansu płynów” (Załącznik nr 6) w pierwszych dniach żywienia, a dalej jeśli potrzeba.</p> <p>2. Korygowanie zleceń z uwzględnieniem wyniku bilansu płynów.</p>	lekarz prowadzący
18.	Prowadzenie obserwacji i wypełnianie „Karty bilansu płynów” (Załącznik nr 6) , w przypadku Oddziału Intensywnej Terapii „Karta pacjenta intensywnej terapii”.	pielęgniarka/położna
Ocena skuteczności terapii żywieniowej		
19.	Po zakończeniu leczenia żywieniowego ocenienie skuteczności terapii, wydanie zaleceń poszpitalnych i jeśli potrzeba, wydanie skierowania co do kontynuacji opieki żywieniowej i przedłożenie wypełnionej dokumentacji związanej z żywieniem członkowi Zespołu Leczenia Żywieniowego do podpisu.	lekarz prowadzący

	Procedura	Wydanie II
	Leczenie żywieniowe	
	w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	
		Numer DL/P/2/14
		Strona 5 / Stron 6


20.	Polecenie lekarzowi prowadzącemu uzupełnienie braków w dokumentacji związanej z żywieniem, w razie potrzeby.	członek Zespołu Leczenia Żywieniowego
Rozliczenie z Narodowym Funduszem Zdrowia		
	1. Odnotowanie na okładce Historii choroby oraz w systemie elektronicznym numeru lub nazwy procedury żywieniowej oraz ilości dni jej stosowania. 2. Sumowanie procedur żywieniowych według aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ (WWW.nfz.gov.pl/zarzadzania prezesa i WWW.szpital-konin.pl) 1) Żywienie dojelitowe - 2 pkt. za każdy dzień żywienia; 2) Niekompletne żywienie pozajelitowe - 2 pkt. za każdy dzień żywienia; 3) Leczenie pozajelitowe immunomodulujące - 6 pkt. za dzień żywienia; 4) Kompletnie żywienie pozajelitowe - 4 pkt za każdy dzień żywienia; 5) rozliczenie procedur żywieniowych pacjentów OIT według kart i punktacji TISS 28. 3. W celu zapłaty przez NFZ za procedury żywieniowe, wypełnienie dokumentów wg formularzy dostępnych na WWW.nfz.gov.pl i WWW.szpital-konin.pl :	lekarz prowadzący
21.	1) u dorosłych: a) - Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego, - Karta leczenia żywieniowego dorosłych, - Karta centralnego dostępu naczyniowego – jeśli stosowano. b) akceptacji członka Zespołu Leczenia Żywieniowego; c) w OIT karty TISS 28. 2) u dzieci i noworodków odpowiednio a) Karty kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego /Karty modyfikacji żywienia dzieci , b) Karty kwalifikacji noworodków do żywienia pozajelitowego i/lub dojelitowego , c) Karty monitorowania leczenia żywieniowego dzieci, d) Karty monitorowania leczenia żywieniowego noworodków .	lekarz prowadzący
22.	Sprawdzenie kompletności Historii choroby i wykazanie odpowiednich procedur w raporcie do płatnika, a w razie potrzeby zwrócenie Historii choroby do ordynatora/kierownika oddziału dla dokonania uzupełnień.	pracownik Działu Statystyki i Sprawozdawczości Medycznej

5. Dokumenty związane z procedurą

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.)
- Zarządzenia nr 89/2013 i 4/2014 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (z późn. zm.)
- Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego - Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, Warszawa 2005, http://www.polspen.pl/standardy_ptzpid
- Zalecenia - Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci, <http://www.ptzkd.org/zalecenia>

6. Załączniki

- Załącznik nr 1a - Przesiewowa ocena stanu odżywienia NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) dla dorosłych
- Załącznik nr 1b - Formularz przesiewowej oceny stanu odżywienia dla dzieci

	Procedura	Wydanie II
	Leczenie żywieniowe	
	w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	
		Numer DL/P/2/14
		Strona 6 / Stron 6

- Załącznik nr 2a - Algorytm wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u dorosłych
- Załącznik nr 2b - Algorytm podejmowania decyzji o konieczności zastosowania leczenia żywieniowego u noworodków i dzieci
- Załącznik nr 3 - Wykaz diet kuchennych w WSZ w Koninie i wskazań do ich stosowania.
- Załącznik nr 4 - Instrukcja DL/I/1/13 do DL/P/2/14 – Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika/PEG-u/jejunostomii, podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię
- Załącznik nr 5 - Instrukcja DL/I/2/13 do DL/P/2/14 Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego, zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego
- Załącznik nr 6 - Karta bilansu płynów

7. Wykaz zmian

Nr zmiany	Data zmiany	Punkt, którego zmiana dotyczy	Opis zmiany	Data i podpis wpisującego

Imię i nazwisko BMI

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

PRZESIEWOWA OCENA STANU ODŻYWIENIA NRS 2002
(Nutritional Risk Screening)
dla DOROSŁYCH

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:



FORMULARZ PRZESIEWOWEJ OCENY STANU ODŻYWIENIA dla DZIECI

Data badania:

Imię, nazwisko:

Płeć: M Ż

Data urodzenia:

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:
Obwód głowy cm (dotyczy niemowląt)	centyle:

Stosowane siatki centylowe: The WHO Child Growth Standards

ROZPOZNANIE (ICD 10):

W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

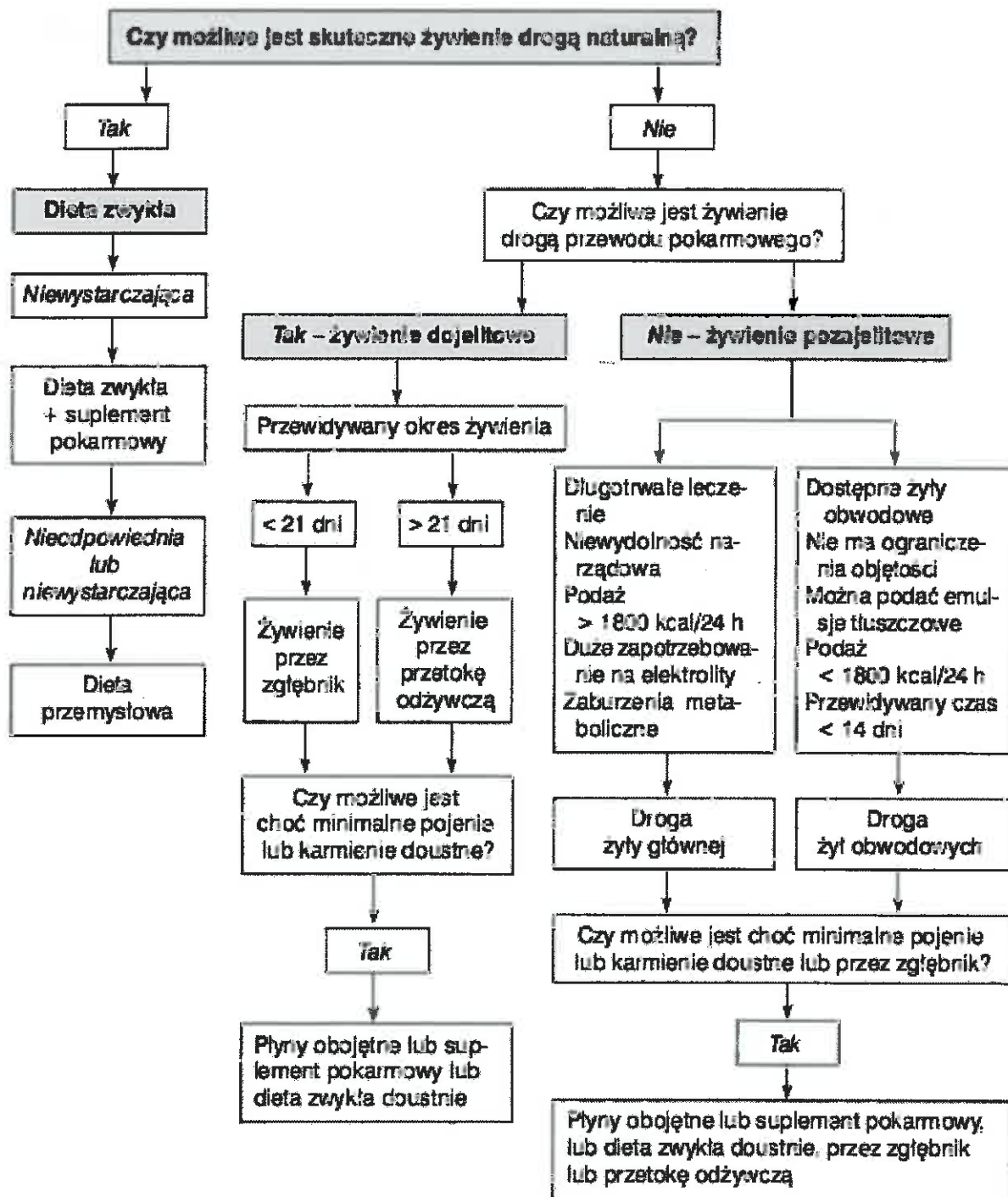
pozajelitowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
----------------	------------------------------	------------------------------

dojelitowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--------------	------------------------------	------------------------------

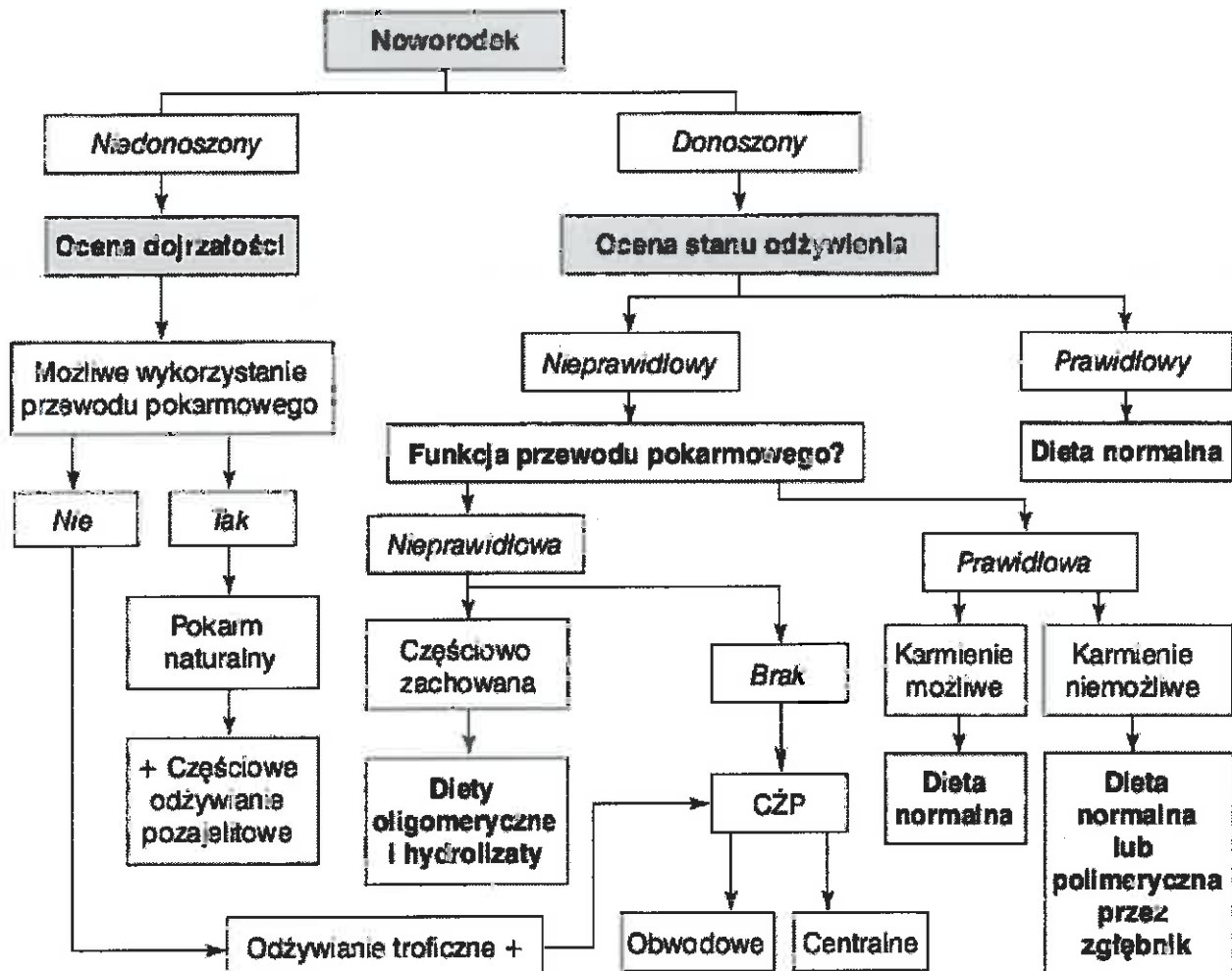
Uwagi:

.....
podpis i pieczęć lekarza

Algorytm wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u dorosłych




Algorytm wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u noworodków i dzieci



WYKAZ DIET i WSKAZAŃ DO ICH STOSOWANIA w WSZ w KONINIE Zał. Nr 3

Na podstawie danych Działu Żywnienia (dietetyk E. Gońska) WSZ w Koninie zgodnie z wytycznymi Instytutu Żywności i Żywnienia.

1. Procentowy rozdział całodziennego wartości kalorycznej na posiłki wynosi:
Białko - 12% - 15 % Tłuszcze – 25 % - 30% Węglowodany – 55 %
2. Diety:
 - a) dieta podstawowa kalorie 2000 (wskazania: normalne odżywianie bez ograniczeń)
Białko – 75g
Tłuszcze – 70g
Węglowodany- 280g
 - b) dieta lekkostrawna (oszczędzająca) kalorie 2000 (wskazania: umiarkowana niewydolność przewodu pokarmowego, wdrażanie odżywiania po głodzeniu)
Białko – 75 g
Tłuszcze – 60 g
Węglowodany -290 g
 - c) dieta niskotłuszczowa i przeciwmiażdżycowa kalorie 2000 (wskazania: zaburzenia gospodarki lipidowej)
Białko – 75 g
Tłuszcze 50 g
Węglowodany 300 g
 - d) dieta niskowęglowodanowa, kalorie 2000 (wskazania: cukrzyca, upośledzona tolerancja glukozy)
Białko -75g
Tłuszcze 50 g
Węglowodany – 300 g
 - e) dieta wysokobiałkowa, płynna odżywcza, papkowata kalorie 2000 (wskazania: stany związane ze zwiększonym zapotrzebowaniem na aminokwasy, zwłaszcza u pacjentów z utrudnionym połykaniem, również do podawania sztuczną drogą)
Białko – 100 g
Tłuszcze - 70g
Węglowodany – 250 g
 - f) diety specjalistyczne np: bezmleczna, bezglutenowa, ubogopotasowa kalorie 2000 (wskazania: indywidualny dobór diet eliminacyjnych w związku z nietolerancją składnika)
Białka – 75 g
Tłuszcze – 60 g
Węglowodany 290 g
 - g) dieta kleikowa 1000kcal, wskazania: biegunki,
Białko – 25g tłuszcze – 5g węglowodany – 100g

	Instrukcja	Wydanie II
	Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii podawanie diety przez zgłębnik/PEG/ jejunostomię	Numer DL/I/1/13 do DL/P/2/14
		Strona 1 / Stron 3

1. Definicje

Przeznaczona endoskopowa gastrostomia - PEG - (ang. Percutaneous endoscopic gastrostomy) - zabieg endoskopowy polegający na umieszczeniu w żołądku drenu wyprowadzonego poprzez ścianę jamy brzusznej. Stosuje się go głównie w celu odżywiania pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów drogą doustną, ale ich przewód pokarmowy ma zachowane trawienie i wchłanianie.


2. Cel instrukcji

Celem instrukcji jest zapewnienie dostępu do przewodu pokarmowego pacjenta przez zgłębnik lub przetokę odżywczą dla podawania diety.


3. Zasady postępowania

Czynności wykonuje pielęgniarka, a w razie utrudnień lekarz.

pkt	Opis działań
1.	Zidentyfikowanie pacjenta, sprawdzenie zlecenia do wykonania, udzielenie informacji pacjentowi.
2.	Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego: a) dezynfekcja higieniczna rąk; b) przygotowanie zestawu, w skład którego go wchodzi: rękawice, cienki zgłębnik do żywienia, lignina, strzykawka 50 ml, woda, żel lignokainowy, stetoskop, przyklep, pojemnik na odpady; c) wykonanie przez pacjenta toalety jamy ustnej i nosa, jeśli pacjent nie może samodzielnie toaletę wykonuje pielęgniarka; d) ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej lub półsiedzącej, podpartej; e) sprawdzenie drożności nosa - pacjent wykonuje wydech przez prawy i lewy przewód nosowy - należy wybrać stronę o lepszej drożności
pkt	Opis działań c.d.
c.d. 2.	f) określenie głębokości wprowadzenia zgłębnika – pomiar od wyrostka mieczykowatego, przez czubek nosa do płatka ucha pacjenta siedzącego z lekko odchyloną głową + ok. 5-10 cm, oznakowanie markerem zgłębnika na planowanej do wprowadzenia odległości; g) dezynfekcja higieniczna rąk h) wprowadzenie nasmarowanego żelem zgłębnika, przy odgiętej głowie pacjenta, po osiągnięciu gardła pacjent powinien pochylić głowę, zgłębnik wprowadza się wtedy powoli na zaplanowaną głębokość, pacjent w tym czasie połyka - można podać małą ilość wody do połknięcia - w przypadku kaszlu, sinienia pacjenta lub znacznego oporu przerwać wprowadzanie zgłębnika; i) po wprowadzeniu zgłębnika osłuchanie nadbrzusza w czasie wstrzykiwania ok. 20-30 ml powietrza - powinien być słyszalny bulgoczący odgłos powietrza w żołądku, potem podajemy ok. 30 ml wody i zamykamy zgłębnik, ewentualnie można delikatnie aspirować treść dla potwierdzenia prawidłowego wprowadzenia; j) oznakowanie zgłębnika powinno być widoczne ok. 2 cm od wejścia do nosa - umocowanie zgłębnika przyklepcem do nosa lub policzka, można poprowadzić za uchem - zgłębnik nie powinien być napięty i uciskać przegrody ani innej części nosa oraz nie powinien zamykać przepływu powietrza przez nos k) po zakończeniu czynności - dezynfekcja higieniczna rąk

	Instrukcja	Wydanie II
	Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii podawanie diety przez zgłębnik/PEG/ jejunostomię	Numer DL/II/1/13 do DL/P/2/14
		Strona 2 / Stron 3


3.	<p>Codzienna pielęgnacja zgłębnika to sprawdzenie prawidłowego położenia zewnętrznej części zgłębnika, usunięcie przylepca mocującego, ocena tkanek, wysunięcie zgłębnika o ok. 2 cm, umycie zgłębnika, skóry i przedsionka nosa, wysuszenie, ponowne wsunięcie zgłębnika na właściwą głębokość, oznakowanie i umocowanie naciętym wzdłuż przylepcem do suchej, czystej skóry.</p>
4.	<p>Codzienna pielęgnacja PEG-u to zmiana opatrunku i ocena tkanek pod płytką mocującą po jej odbezpieczeniu i lekkim odsunięciu od skóry, przemycie rany, skóry i drenu oraz płytki solą fizjologiczną i odkażenie do czasu wygojenia rany octeniseptem, po wygojeniu rany wystarczy wodą z łagodnym mydłem, osuszenie, obrót drenem zapobiegający jego „wrastaniu” w skórę, założenie jałowego gazika i umocowanie płytki bez nadmiernego ucisku na skórę (zaleca się ok. 2 mm luzu między skórą a płytką), gdy rana jest wygojona i nie ma wycieku rezygnujemy z podkładania gazika pod płytkę.</p> <p>Uwaga! W przypadku wypadnięcia PEG-u należy natychmiast poinformować o tym lekarza, aby niezwłocznie (najlepiej do 2 godz.) założył na miejsce PEG-u dren (zamiennie cewnik Foley'a).</p>
5.	<p>Codzienna pielęgnacja jejunostomii to zmiana opatrunku, ocena tkanek w okolicy przetoki. Należy usunąć stary opatrunek, ocenić skórę pod kątem zaczerwienienia, wysięku, przecieku treści jelitowej. Nieprawidłowości należy zgłosić lekarzowi. Okolicę wyprowadzenia jejunostomii, płytkę mocującą, dren, szwy należy zmyć solą fizjologiczną, osuszyć sterylnym gazikiem, następnie zdezynfekować np. Octeniseptem. Po odparowaniu środka nałożyć sterylny opatrunek.</p> <p>Podłączenie diety do zgłębnika/PEGu/jejunostomii:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dezynfekcja higieniczna rąk; b) przygotowanie butelki/packa ze zleconym preparatem żywieniowym w temperaturze pokojowej, podłączenie zestawu grawitacyjnego lub sterowanego pompą, zawieszenie opakowania ok. 1 m powyżej żołądka pacjenta, wypełnienie zestawu do przetoczenia diety c) uniesienie górnej części ciała pacjenta o 30° - 40°, sprawdzenie położenia zewnętrznej części zgłębnika/PEGu/jejunostomii, <p style="text-align: center;">Uwaga! DO ŻOŁĄDKA NIE PODAWAĆ DIETY PACJENTOWI LEŻĄCEMU PŁASKO;</p> <ol style="list-style-type: none"> d) spryskanie końcówki zgłębnika/PEG-u środkiem dezynfekcyjnym, otworzenie końcówki i podłączenie pustej strzykawki 50 ml; e) sprawdzenie zalegania w żołądku - odessanie 200 ml treści lub połowy ostatnio podanej porcji świadczy o zaleganiu, należy wtedy powiadomić lekarza (jeśli nie jest to konieczne nie rezygnujemy z podania diety tylko zmniejszamy jej ilość); f) jeśli nie ma zalegania podłączenie końcówki zestawu do zgłębnika/PEGu i rozpoczęcie podawania diety (1 ml to ok. 20 kropli) - w początkowych godzinach/dniach żywienia podajemy pacjentowi ok. 30 ml/godz czyli ok. 10 kropli/min, zwiększając stopniowo podaż w kolejnych dniach, by zaspokoić zapotrzebowanie białkowo-energetyczne i płynowe, g) spryskanie końcówki jejunostomii środkiem dezynfekcyjnym, odczekanie aż odparuje, podłączenie strzykawki z 10ml soli fizjologicznej, powolne przez ok. 2 min przepłukanie jejunostomii solą fizj. Podłączenie końcówki zestawu wypełnionego dietą dojelitową. Szybkość podaży zgodna ze zleceniem lekarza.
7.	<p>Odlączenie diety od zgłębnika/ PEG-u/ jejunostomii:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dezynfekcja higieniczna rąk b) spryskanie środkiem dezynfekcyjnym miejsca połączenia zgłębnika z zestawem do przetaczania, poczekanie na odparowanie; c) zamknięcie zacisku rolkowego i rozłączenie zestawu; d) podłączenie strzykawki z ok. 30 ml wody i przepłukanie zgłębnika/PEGu; w przypadku jejunostomii przepłukanie 10ml soli fizjologicznej, e) zamknięcie końcówki, zabezpieczenie i uporządkowanie f) dezynfekcja higieniczna rąk

	Instrukcja	Wydanie II
	Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielegnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii podawanie diety przez zgłębnik/PEG/ jejunostomię	Numer DL/I/1/13 do DL/P/2/14 Strona 3 / Stron 3

8.	<p>Podawanie bolusów zamiast wlewu ciągłego - po wykluczeniu zalegania w żołądku podaje się strzykawką ok. 100 - 250 ml diety (w pierwszym dniu mniej) powoli przez 5 - 10 min, po czym należy przepłukać zgłębnik/PEG ok. 30 ml wody.</p> <p>Uwaga! Bolusów nie wolno stosować w przypadku zgłębnika nosowo-jelitowego/jejunostomii, gdy dietę podaje się do jelita cienkiego - tam dopuszczalny jest tylko powolny wlew ciągły i dieta dostosowana do podania do jelita cienkiego.</p>
----	---

4. Wykaz zmian

Nr zmiany	Data zmiany	Punkt, którego zmiana dotyczy	Opis zmiany	Data i podpis wpisującego

	Instrukcja	Wydanie I
	Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego, zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego	Numer DL/1/2/13 do DL/P/2/14
		Strona 1 / Stron 2


1. Cel instrukcji

Celem instrukcji jest zapewnienie dostępu do żyły centralnej pacjenta dla podawania leków/ płynów/ mieszanin żywieniowych.

2. Zasady postępowania

Czynności wykonuje pielęgniarka, a w razie utrudnień lekarz.

pkt	Opis działań
1.	Zidentyfikowanie pacjenta, sprawdzenie zlecenia do wykonania, sprawdzenie oznakowania przygotowanego leku/płynu/mieszaniny żywieniowej, poinformowanie pacjenta.
2.	Zdezynfekowanie rąk i przygotowanie niezbędnych narzędzi, materiałów i sprzętu: strzykawki, rękawice ochronne, środek dezynfekcyjny, roztwór fizjologiczny, gaziki, pojemnik na odpady itp.
3.	Zamykanie i sprawdzanie zacisku na cewniku centralnym, w celu zapobiegania zatorom powietrznym.
4.	Odkręcenie i odrzucenie korka z cewnika centralnego - cewnik należy trzymać jedną ręką, tak aby nie doszło do zabrudzenia gniazda cewnika, pozostałe czynności wykonywać drugą ręką. Otwarte gniazdo cewnika można odłożyć tylko na sterylną serwetę lub sterylne gaziki.
5.	Zdezynfekowanie gniazda cewnika centralnego - spryskanie (lub zamoczenie) gniazda cewnika rozpylaczem ze środkiem dezynfekcyjnym i odczekanie, aż środek odparuje (ok. 30 sek.) - środek dezynfekcyjny należy tak stosować, by nie został podany dożylnie.
6.	Sprawdzenie drożności cewnika centralnego - należy podłączyć strzykawkę z ok. 10 ml roztworu 0,9% NaCl, zwolnić zacisk na cewniku, delikatnie odciągnąć tłok strzykawki aż do momentu pojawienia się krwi w świetle cewnika, następnie podać zawartość strzykawki by wypłukać zaaspirowaną krew - w przypadku braku możliwości zaaspirowania krwi należy niezwłocznie powiadomić lekarza.
7.	Przeplukanie cewnika centralnego - należy zamknąć zacisk, odłączyć strzykawkę, którą aspirowano krew, podłączyć do cewnika strzykawkę z 20 ml 0,9% NaCl, zwolnić zacisk i podać zawartość strzykawki.
8.	Podanie do cewnika centralnego leku w bolusie - po zdezynfekowaniu gniazda cewnika centralnego, należy podłączyć strzykawkę z 10 ml 0,9% NaCl, podać połowę jej zawartości, zamknąć zacisk, podłączyć strzykawkę z lekiem w bolusie, po zwolnieniu zacisku podać lek z właściwą szybkością zgodnie z zaleceniem producenta i zleceniem lekarza, zamknąć zacisk, odłączyć strzykawkę i podłączyć strzykawkę z 0,9% NaCl, zwolnić zacisk i przeplukać cewnik zawartością strzykawki, po zamknięciu zacisku odłączyć strzykawkę, założyć sterylny korek na gniazdo cewnika spryskane środkiem dezynfekcyjnym.
9.	Podłączenie do cewnika centralnego zestawu do przetaczania płynów/ mieszaniny żywieniowej - należy do zdezynfekowanego gniazda cewnika dołączyć strzykawkę z minimum 10 ml 0,9% NaCl, zwolnić zacisk na cewniku, podać zawartość strzykawki, ponownie zamknąć zacisk, odłączyć strzykawkę, zdjąć osłonę z wcześniej odpowietrzonej końcówki zestawu do przetaczania i podłączyć końcówkę do gniazda cewnika, zwolnić zacisk i rozpocząć przetaczanie z szybkością zgodną z zaleceniami producenta i zleceniem lekarza - 1 ml to ok. 20 kropli.
10.	Zakończenie przetaczania leku/ płynu/ mieszaniny żywieniowej przez cewnik centralny - należy zamknąć zacisk na cewniku centralnym i na zestawie do przetaczania, odkręcić końcówkę zestawu, zdezynfekować otwartą końcówkę gniazda/ trójnika/ przedłużacza, po odparowaniu środka podłączyć w tym miejscu strzykawkę z minimum 10 ml 0,9% NaCl i po zwolnieniu zacisku cewnika podać jej zawartość, po zamknięciu zacisku i odłączeniu strzykawki zabezpieczyć gniazdo jałowym korkiem.

	Instrukcja	Wydanie I
	Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego, zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego	
	Numer DL/I/2/13 do DL/P/2/14	
Strona 2 / Stron 2		

pkt	Opis działań c.d.
11.	<p>Pobieranie próbek krwi przez cewnik centralny - po zdezynfekowaniu gniazda cewnika, należy podłączyć pustą strzykawkę 10 ml do gniazda cewnika, zaaspirować ok. 5 ml krwi, zamknąć zacisk na cewniku, odłączyć strzykawkę i wyrzucić do odpadów, podłączyć sterylną końcówkę łącznika z monowetą, zwolnić zacisk, zaaspirować należną dla danej monowety ilość krwi, zamknąć zacisk, podłączyć strzykawkę z 20 ml 0,9% NaCl, po zwolnieniu zacisku podać ok. 15 ml płynu, zamknąć zacisk, podłożyć poniżej gazik i lekko odłączyć strzykawkę, wypłukać na gazik gniazdo cewnika z resztek krwi pozostałą w strzykawce ilością 0,9% NaCl, spryskać końcówkę gniazda środkiem dezynfekcyjnym i zabezpieczyć jałowym korkiem.</p> <p>Uwaga! Próbek krwi nie należy pobierać z cewnika centralnego przez trójniki, przedłużacze, czy inne elementy z dodatkowymi połączeniami, gdzie łatwo pozostają resztki krwi.</p>
12.	<p>Codzienna pielęgnacja cewnika centralnego - to codzienna ocena opatrunku, zmiana opatrunku gazowego nie rzadziej niż co 48 godz. (inne opatrunki wg zaleceń producenta) i po każdym zamoczeniu/ zabrudzeniu, a także ocena miejsca wyjścia cewnika ze skóry podczas zmiany opatrunku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Zmiany opatrunku należy dokonać przy użyciu sterylnych rękawic lub sterylnego narzędzia chirurgicznego. 2) W rękawicach ochronnych należy usunąć stary opatrunek, pamiętając, by nie wyrwać przyklejonego cewnika centralnego. 3) Miejsce wyjścia cewnika należy ocenić pod kątem zaczerwienienia, ropienia, nieszczelności i w razie potrzeby zmianę zgłosić lekarzowi. 4) Okolicy wyjścia cewnika wolno dotykać tylko sterylnym narzędziem lub przez sterylną rękawicę. 5) Należy umyć Octeniseptem (lub innym zaleconym środkiem) miejsce wyjścia cewnika ze skóry, miejsce mocowania szwów i cewnik na całej długości, tak by okolica była wolna od zabrudzeń. 6) Po odparowaniu środka odkażającego należy nakleić opatrunek włókninowy lub inny, w taki sposób by pod opatrunkiem znalazło się miejsce wyjścia cewnika ze skóry. 7) Przed kąpielą pacjenta opatrunek należy uszczelnić okleiną foliową, a po kąpielu zmienić opatrunek.
13.	<p>Postępowanie w przypadku zabrudzenia gniazda cewnika centralnego, zwłaszcza zaschniętą krwią - należy oczyścić sterylnym gazikiem nasączonym środkiem dezynfekcyjnym, następnie zdezynfekować rozpylaczem Octenisept, po odparowaniu środka, jeśli potrzeba sprawdzić drożność cewnika odciągając ok. 5 - 10 ml krwi (do wyrzucenia do odpadów medycznych) i przepłukać cewnik zgodnie z pkt. 6 i 7., na koniec ponownie zdezynfekować i założyć sterylny korek.</p>
14.	<p>Odnotowanie wykonanych czynności w Karcie centralnego dostępu naczyniowego (Załącznik).</p>

3. Załączniki

Załącznik - Karta centralnego dostępu naczyniowego

4. Wykaz zmian

Nr zmiany	Data zmiany	Punkt, którego zmiana dotyczy	Opis zmiany	Data i podpis wpisującego

KARTA BILANSU PŁYNÓW imię i nazwisko Zał. Nr 6

Data								
Płyny podane					Płyny wydalone			
		Dzień	Noc	Doba		Dzień	Noc	Doba
1	Doustnie				Diureza			
2	Sonda/PEG				Sonda/PEG			
3	Żywienie dożylne				Stolec			
4	Płyny dożylne				Dren			
5	Leki dożylne				Stomia			
6								
					Perspiracja zwykła	300	300	600
					Gorączka/poty (1l/każdy stopień gorączki/ dobę)			
	RAZEM				RAZEM			
	Podpis pielęgn.				Podpis pielęgn.			
BILANS DOBOWY + -								

Płyny podane (ml)					Płyny wydalone (ml)			
		Dzień	Noc	Doba		Dzień	Noc	Doba
1	Doustnie				Diureza			
2	Sonda/PEG				Sonda/PEG			
3	Żywienie dożylne				Stolec			
4	Płyny dożylne				Dren			
5	Leki dożylne				Stomia			
6								
					Perspiracja zwyk	300	300	600
					Gorączka/poty			
	RAZEM				RAZEM			
	Podpis pielęgn.				Podpis pielęgn.			
BILANS DOBOWY + -								