

Załącznik Nr 6a do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

**Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego**

Nazwisko i imię pacjenta:	PESEL:	Wiek:
Data badania: dzień:.....miesiąc: ....., rok: .....		

Rozpoznanie (wg ICD – 10):		
1. Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2. Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej	<input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne	<input type="checkbox"/> nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/> nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3. Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne	
4. Dostęp dojelitowy	zgłębnik: <input type="checkbox"/> nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia ..... <input type="checkbox"/> jejunostomia .....	
5. Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne	
6. Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika .....	
7. Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże	
9. Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni ..... kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni ..... częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni ..... leczenie żywieniowe immunomodulujące dni .....	

.....  
Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza