

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

Oznaczenie świadczeniodawcy*

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:

.....

.....

.....

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

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:

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

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

*Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierająca nazwę, adres, NIP, REGON

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