

Załącznik nr 9 do Zarządzenia nr 40/2007
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Załącznik nr 17a do materiałów informacyjnych – SZP

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. Wywiad

1. Wiek (lata) ... **Wzrost** (cm) **Masa ciała** (kg) . . **Płeć** ☐ K ☐ M

2. Zmiana masy ciała: utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg) ..(%)

zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

☐ zwiększenie ☐ bez zmian ☐ zmniejszenie

3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów

☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania . .. (tygodnie)

Rodzaj diety:

☐ zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

☐ dieta płynna kompletna

☐ dieta płynna hipokaloryczna

☐ głodzenie

4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)

☐ bez objawów ☐ nudności ☐ wymioty ☐ biegunka ☐ jadłowstręt

5. Wydolność fizyczna

☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie)

rodzaj. ☐ praca w ograniczonym zakresie

☐ chodzi

☐ leży

6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze

Wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikający z choroby

☐ brak ☐ mały ☐ średni ☐ duży

II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)

☐ utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej

☐ zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)

☐ obrzęk nad kością krzyżową

☐ obrzęk kostek

☐ wodobrzusze

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)

☐ prawidłowy stan odżywienia

☐ podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia

Załącznik nr 11 karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego. Zakwalifikowanie pacjenta do leczenia żywieniowego z użyciem konkretnej metody (żd, żp) zależy od wyniku oceny stanu odżywienia przewidywanego okresu głodzenia i czynności przewodu pokarmowego. Uzasadnieniu wyboru metody leczenia służy karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego (ryc. 6.4), którą należy dołączyć do historii choroby.

Załącznik nr 11 do Zarządzenia nr 40/2007
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Załącznik nr 17c do materiałów informacyjnych – SZP

**KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB
DOJELITOWEGO**

Pacjent

Imię, nazwisko. .. PESEL .. nr historii choroby

1. Ocena stanu odżywienia: SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny):

BMI =

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):

stężenie białka we krwig/l, stężenie albumin we krwi.g/l

2. Wskazania do leczenia żywieniowego

Przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego:dni

wskazania do leczenia żywieniowego:

- ☐ okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt
- ☐ wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci
- ☐ wyniszczenie (BMI < 17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego
- ☐ niedożywienie (BMI 17–18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni
- ☐ BMI ≥ 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni
- ☐ zwiększony katabolizm
- ☐ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- ☐ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- ☐ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- ☐ inne

3. Cel leczenia żywieniowego

- ☐ utrzymanie stanu odżywienia
- ☐ poprawa stanu odżywienia
- ☐ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

4. Droga podawania

skuteczne żywienie doustne: możliwe ☐ tak ☐ nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe ☐ tak ☐ nie

Załącznik nr 12 do Zarządzenia nr 40/2007
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Załącznik nr 17d do materiałów informacyjnych – SZP

KARTA ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO/KARTA METABOLICZNA

Nazwisko, imię, PESEL, wiek, oddział

Rozpoznanie

	DATA							
PODAŻ	Mieszanina żywieniowa RTU (ready to use) /nazwa, objętość/ *							
	Worek indywidualny Aminokwasy (%/ ml)							
	Glukoza (g)							
	Tłuszcz (%/ g)							
	Objętość ml							
	Insulina jedn.							
	N (g)							
	kcal niebiałkowe							
	Q (kcal/g N)							
	Na (mmol)							
	K (mmol)							
	Ca (mmol)							
	Cl (mmol)							
	Mg (mmol)							
	P (mmol)							
	Pierwiastki śladowe							
	Witaminy							
	Objętość mieszaniny							
	Dodatkowe płyny (nazwa/objętość ml)							