

Pieczętka

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

Nr hist. chor.: .....

PESEL matki: .....

## KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DOJELITOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Data urodzenia: ..... Wiek (dni): .....

Tydzień ciąży: .....

Rozpoznanie (ICD 10): .....

.....

UZASADNIENIE do ROZPOCZĘCIA\* leczenia żywieniowego:

- noworodek z masą < 1500 g
- noworodek z masą  $\geq$  1500 g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

- donoszony ( $\geq$  37 t.c.)
- niedonoszony ( $\leq$  36 + 6 t. c.)
- z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)
- z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g)
- z ekstremalnie małą masą ciała (< 1000 g)

Masa ciała: ..... kg, Obwód głowy: ..... cm, Długość: ..... cm.

Ocena stanu odżywienia:

- Hipertroficzny (> 97 centyla)
- Hipertroficzny (> 90 centyla)
- Eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem)
- Hipotroficzny (< 10 centyla)
- Hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

**pozajelitowego:**  całkowitego;  częściowego;

**dojelitowego:**  całkowitego;  częściowego.

W ŻYWIENIU DOJELITOWYM NOWORODKÓW STOSOWANE SĄ: POKARM NATURALNY (KOBIECY), MIESZANKI MODYFIKOWANE DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I URODZONYCH O CZASIE.

ŻYWIENIE TROFICZNE NIE JEST ŻYWIENIEM DOJELITOWYM.

.....  
podpis i pieczętka lekarza