

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL: .....

**KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO / KARTA  
MODYFIKACJI ŻYWIENIA DZIECI**

**DOTYCZY ŻYWIENIA:**

**POZAJELITOWEGO**

**DOJELITOWEGO**

**LUB ŁĄCZNIE POZA I DOJELITOWEGO**

Imię, nazwisko dziecka .....

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 podać źródło:**

1. The WHO Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

2. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2010;4(7):690-700 (BMI dla dzieci 7-18 lat)

3. Growth reference data for 5-19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku):

<http://www.who.int/growthref/en/>

4. Inne: .....

..... (proszę wpisać źródło, np. polskie  
siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

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

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA\*, MODYFIKACJI\* leczenia żywieniowego (należy szczegółowo uzasadnić rozpoczęcie / modyfikację leczenia żywieniowego):

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

**Planowanie żywienia:**

- pozajelitowego:**  całkowitego;  częściowego;  immunomodulacyjnego  
 **dojelitowego:**  całkowitego;  częściowego;

**OKREŚLENIE 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: ..... KCAL (kJ) w dniu kwalifikacji**

**UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka (CAŁKOWITE):**

- wiek 0 – 1 lat: 90 – 100 kcal/kg/doba
- wiek 1 – 7 lat: 75 – 90 kcal/kg/doba
- wiek 7 – 12 lat: 60 – 75 kcal/kg/doba
- wiek 12 – 18 lat: 30 – 60 kcal/kg/doba

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

Uwagi: .....

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE