Pieczęć jednostki kierującej

(z numerem umowy z NFZ)

**SKIEROWANIE**

do Poradni Chirurgicznej Domowego Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach

ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki tel. 87 5659134

celem udzielenia świadczeń z zakresu domowego żywienia dojelitowego dietą przemysłową

**Imię i nazwisko pacjenta…........................................................................................................................**

**Adres zamieszkania…..............................................................................................................................**

**Pesel …................................................................... Data urodzenia …............................ Wiek …................**

**Telefon..............................................**

**Rozpoznanie ….................................................................................................................................................**

 **kod ICD 10..................................**

Pacjent wymaga żywienia dietą przemysłową, przewidywanego dłużej niż 30 dni.

W szpitalu otrzymywał preparat....................................................................w ilości ….......................

Reakcja na stosowany preparat..............................................................................................................

Data …..................................... Pieczątka i podpis lekarza..............................................

Data wpływu skierowania ...........................................

Imię i nazwisko pacjenta ................................................................................................

1. PESEL ....................................................
2. **Z G O D A   P A C J E N T A**
3. 1. Wyrażam zgodę na udzielenie wymaganego moim stanem zdrowia świadczenia medycznego przez Poradnię Chirurgiczną Domowego Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach, ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki
4. data............................Podpis pacjenta..........................................................................
5. 2. Upoważniam
6. ...................................................................................................................................................

*imię i nazwisko, adres, telefon*

1. ..................................................................................................................................................................
2. do kontaktu z zakładem opieki zdrowotnej oraz do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.
3. Data...................................Podpis pacjenta...................................................................
4. 3. Upoważniam .......................................................................................................................................
5. *imię i nazwisko, adres, telefon*
6. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Data............................Podpis pacjenta...........................................................

*Uwaga: W przypadku braku upoważnienia, zgody proszę o wpisanie adnotacji:* ***Nie upoważniam, nie wyrażam zgody***

Pieczątka

 Załącznik nr 6c do zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r.

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): ...................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... 2

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 TAK NIE

dojelitowego TAK NIE

Uwagi: ………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………….

podpis i pieczątka lekarza

\* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE