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 6e 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 matki: ...............................................................

Pieczątka

**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 ≥ 1500 g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

donoszony ( ≥ 37 t.c.)

niedonoszony ( ≤ 36 + 6 t. c.)

z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)

z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g)

z ekstremalnie mała 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 pieczątka lekarza