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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego** |  | |  |
|  |  | |
|  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nazwisko i imię pacjenta: | PESEL: | Wiek: |   Data badania: dzień: …… miesiąc: ……… rok: …… | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rozpoznanie (wg ICD – 10):** | | | | | | |
| 1. | **Przesiewowa ocena stanu odżywienia** | | | NRS lub SGA | | BMI |
| 2. | **Szczegółowa ocena stanu odżywienia** | | | | | |
|  | Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy | |  powyżej 10% masy ciała wyjściowej | |  poniżej 10% masy wyjściowej |
| Białko całkowite | |  poniżej normy | |  norma |
| Albumina | |  poniżej normy | |  norma |
| Cholesterol całkowity | |  poniżej normy | |  norma |
| **Możliwe skuteczne odżywianie doustne** | | | |  nie | Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9 | |
| **Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego** | | | |  nie | Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9 | |
| 3. | **Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego** | |  dysfagia   niedrożność górnej części przewodu pokarmowego   śpiączka niemetaboliczna   inne | | | |
| 4. | **Dostęp dojelitowy** | | zgłębnik:  nosowo – żołądkowy,  nosowo – dwunastniczy,  nosowo – jelitowy   gastrostomia ………………………………………….………..   jejunostomia ……………………………………………..……. | | | |
| 5. | **Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego** | |  niedożywienie   okres okołooperacyjny u dorosłych   wyniszczenie (BMI <17 )   niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni   BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni   powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego   reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji   niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła   inne | | | |
| 6. | **Dostęp pozajelitowy** | |  żyły obwodowe,  PICC,  żyła centralna   cewnik nietunelizowany,  port    cewnik permanentny, typ cewnika …….……………………………………………….…. | | | |
| 7. | **Cel leczenia żywieniowego:** | |  utrzymanie stanu odżywienia,  poprawa stanu odżywienia,   leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań | | | |
| 8. | **Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :** | |  małe  duże | | | |
| 9. | **Dni leczenia żywieniowego:** | | żywienie dojelitowe dni ...............................................................................................................  kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni .........................................................................  częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni .................................................................  leczenie żywieniowe immunomodulujące dni …………………………………….……………. | | | |

Pieczątka i podpis lekarza leczącego

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 do kontaktu z zakładem opieki zdrowotnej oraz do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych:
6. ...................................................................................................................................................

*imię i nazwisko, adres, telefon*

1. ..................................................................................................................................................................

kod do zdalnego udzielania informacji ...........................................................................

1. Data...................................Podpis pacjenta...................................................................
2. 3. Upoważniam .......................................................................................................................................
3. *imię i nazwisko, adres, telefon*
4. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

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

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