**FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia**

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

Nr hist. chor.: ……………………….

PESEL: ....................................................................

Pieczątka

Imię, nazwisko ..............................................................................

Płeć: M □ ; Ż □

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/**](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/**](http://www.who.int/growthref/en/)

**4. Inne: ..................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................**

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

ROZPOZNANIE (ICD 10): ..................................................................................................................

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

W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

pozajelitowego 🞎 TAK 🞎 NIE

dojelitowego 🞎 TAK 🞎 NIE

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

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

 ……………………

podpis i pieczątka lekarza