## KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB DOJELITOWEGO NOWORODKÓW

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

Nr hist. chor.: ……………………….

PESEL matki: ....................................................................

Pieczątka

szpitala

**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