### KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

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

Nr hist. chor.: ……………………….

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

Pieczątka

**KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW**

Imię i nazwisko  **\_\_\_**

Data urodzenia

**Sposób żywienia:**

**🞎 Żywienie pozajelitowe**: 🞎 całkowite; 🞎 częściowe

Data rozpoczęcia żywienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data zakończenia żywienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Powód:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**🞎 Żywienie dojelitowe:** 🞎 całkowite; 🞎 częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data zakończenia żywienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Powód:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dostęp do przewodu pokarmowego:

🞎 zgłębnik żołądkowy 🞎 zgłębnik dojelitowy 🞎 gastrostomia 🞎 jejunostomia

Rodzaj pokarmu:

🞎 pokarm kobiecy 🞎 mieszanka mleczna 🞎 mieszane 🞎 mieszanka specjalistyczna

|  |
| --- |
| ……………………………………… |
| podpis i pieczątka lekarza |
|  |
|  |

**Monitorowanie badań lab. :** wykonane badania (wyniki w historii choroby).

 ..........................., dn. ………….. r.