

Pieczęć szpitala

## KARTA PACJENTA ZAKWALIFIKOWANEGO DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO

Imię i Nazwisko

Rozpoznanie

Masa ciała (kg)

Wzrost (cm)

BMI

**Wskazania do leczenia żywieniowego:** (zaznacz właściwe)

Brak możliwości skutecznego odżywiania doustnego (zaburzenia połykania)

Wyniszczenie BMI < 17 bez możliwości odżywiania doustnego

Niedożywienie BMI 17 - 18 bez możliwości odżywiania doustnego

BMI > 18 bez możliwości odżywiania doustnego > 10 dni

Inne (jakie)

**Wyniki  
badań**

Ht

Hb

Leukocyty

Limfocyty

Białko całk.

Albumina

Żelazo

Data zakwalifikowania pacjenta do żywienia dojelitowego

Dostęp do leczenia żywieniowego i data wytworzenia

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć lekarza, data