

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



nutritionDay
worldwide

ÚDAJE O PACIENTOVI
FORMULÁŘ 2a

Datum

Kód centra

Kód oddělení

Číslo pacienta Iniciály pacienta Rok narození

Pohlaví Žena Muž Datum přijetí

Hmotnost (kg) kg odhadnutá změřená

Výška (cm) cm odhadnutá změřená Souhlas pacienta Ano Ne

POKRAČUJTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE PACIENT POSKYTL SOUHLAS!

1. Přijetí pacienta bylo Plánováno Naléhavé Nevím

2a. Diagnózy při přijetí (označte, co se hodí)

<input type="checkbox"/> 0100 Infekční a parazitární nemoci	<input type="checkbox"/> 1300 Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
<input type="checkbox"/> 0200 Novotvary	<input type="checkbox"/> 1400 Genitourinální onemocnění
<input type="checkbox"/> 0300 Nemoci krve, krevetvorných orgánů a poruchy mechanismu imunity	<input type="checkbox"/> 1500 Těhotenství, porod a šestinedělí
<input type="checkbox"/> 0400 Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	<input type="checkbox"/> 1600 Některé stavy vzniklé v perinatálním období
<input type="checkbox"/> 0500 Poruchy duševní a poruchy chování	<input type="checkbox"/> 1700 Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
<input type="checkbox"/> 0600 Nemoci nervové soustavy	<input type="checkbox"/> 1800 Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
<input type="checkbox"/> 0700 Nemoci oka a očních adnex	<input type="checkbox"/> 1900 Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
<input type="checkbox"/> 0800 Nemoci ucha a bradavkového výběžku	<input type="checkbox"/> 2000 Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (např. dopravní nehody, úrazy)
<input type="checkbox"/> 0900 Nemoci oběhové soustavy	<input type="checkbox"/> 2100 Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami
<input type="checkbox"/> 1000 Nemoci dýchací soustavy	
<input type="checkbox"/> 1100 Nemoci trávicí soustavy	
<input type="checkbox"/> 1200 Nemoci kůže a podkožního vaziva	

2b. Hlavní důvod příjmu (pouze jeden kód z výše uvedených)

3. Jakým onemocněním/komorbitami pacient trpí? (označte odpověď u každé otázky)

Kardiální nedostatečnost <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Diabetes <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Infarkt myokardu <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Nádorové onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Chronické plicní onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Infekce <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Cerebrovaskulární onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Demence <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Periferní vaskulární onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Depresivní porucha <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Chronické onemocnění jater <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Jiné chronické mentální onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Chronické onemocnění ledvin <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Jiné chronické onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne

4a. Předchozí operace před současnou hospitalizací	4b. Plánovaná operace během tohoto nemocničního pobytu
<input type="radio"/> Ano, plánovaná <input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Ano, dnes nebo zítra
<input type="radio"/> Ano, akutní	<input type="radio"/> Ano, později
Počet dní od operace <input type="text"/> dny	<input type="radio"/> Ne

5. Pobyt na JIP před touto hospitalizací Ano Ne

6. Je pacient v termiálním stádiu? Ano Ne Nevím

7. Stav hydratace (DNES) V normě Zvýšená hydratace Dehydratace Nevím

8. Počet různých předepsaných léků (DNES) Perorální Jiné

9. Byla u pacienta diagnostikována podvýživa/riziko podvýživy? Podvyživený V riziku podvýživy Ne Nevím

Prosím pokračujte s dotazníkem 2b

Číslo pacienta

Iniciály pacienta

10. Tekutiny i.v. (DNES) Roztoky elektrolytů (NaCl, Ringer laktát apod.) 5% roztok glukózy

11. Počet předepsaných nutričních přípravků (DNES)

12. Příjem výživy (DNES) (označte jednu odpověď pro každou otázku)

Běžná nemocniční strava Ano Ne Nevím

Obohacená nemocniční strava Ano Ne Nevím

Proteinové a energetické doplňky stravy (sipping) Ano Ne Nevím

Enterální výživa Ano Ne Nevím

Parenterální výživa Ano Ne Nevím

Speciální dieta Ano Ne Nevím

13a. Přístupy a sondy (DNES) (označte jednu odpověď pro každou otázku)

Centrální venózní Ano Ne

Nasoduodenální Ano Ne

Periferní venózní přístup Ano Ne

Enterostóma Ano Ne

Nasogastrická Ano Ne

Perkutánní endoskopická/chirurgická gastrostomie Ano Ne

Nasojejunální Ano Ne

Perkutánní endoskopická/chirurgická jejunostomie Ano Ne

13 b. Vyskytly se od přijetí komplikace (infekce, ucpání) v souvislosti s přístupy a sondami pro výživu?

Ano, dříve Ano, pokračují Ne Nevím

14. Označte, prosím, co z uvedeného podstoupil pacient od přijetí (označte jednu odpověď pro každou otázku)

Byla stanovena potřeba energie Ano Ne Nevím

Stanovena potřeba bílkovin Ano Ne Nevím

Příjem stravy/výživy zaznamenám do dokumentace Ano Ne Nevím

Vypracován nutriční plán Ano Ne Nevím

Konzultace s nutričním specialistou Ano Ne Nevím

Malnutrice byla zapsána do pacientovy dokumentace Ano Ne Nevím

15a. Cílová hodnota energie (VČERA)

- < 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 Nestanoveno
 Nevím

Or please insert

kcal/kg

15b. Příjem energie (VČERA)

- < 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 Nestanoveno
 Nevím

Or please insert

kcal/kg

16. Od přijetí se stav nemocného ..

- Zlepšil Pacient byl právě přijat
 Zhoršil Nevím
 Zůstal stejný

DĚKUJEME!