

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



Jednotka intenzivní péče FORMULÁŘ 4a

Datum

Kód centra

Kód oddělení

Číslo pacienta

Iniciály pacienta

STAV VÝŽIVY A LÉČBA (aktuální den)

Jaké má pacient přístupy a sondy?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> centrální žilní | <input type="checkbox"/> perkutánní endoskopická gastrostomie |
| <input type="checkbox"/> nasogastrická | <input type="checkbox"/> perkutánní endoskopická/chirurgická jejunostomie (PEJ) |
| <input type="checkbox"/> nasojejunalní | <input type="checkbox"/> periferní žilní linka |

způsob výživy

- ☐ orální ☐ enterální ☐ parenterální ☐ bez výživy

počet dní parenterální výživy na JIP dny (= aktuální datum - datum prvního dne podání enterální nebo parenterální výživy)

počet dní enterální výživy na JIP dny

trvání enterální výživy (v posledních 24 hod) hodin ☐ intermitentní ☐ kontinuální

důvody přerušení nutriční podpory

- ☐ operace ☐ transport ☐ intolerance ☐ jiné

Plánované kalorie/kg na dalších 24 hod kcal/kg/den

nebo ☐ <500 kcal/den ☐ 500-999 kcal/den ☐ 1000-1499 kcal/den ☐ 1500-2000 kcal/den ☐ >2000 kcal/den

gastrický reflux ml Zácpa či průjem? ☐ zácpa (déle než 3 dny) ☐ průjem

břišní tlak změřený ☐ Ne ☐ ano mmHg

Je možná perorální výživa? ☐ Ne ☐ ano

pokud "ANO", označte ☐ tekutiny ☐ jídlo

Pokud "NE", proč?

- ☐ pacient je pod sedativy ☐ nemá dovoleno jíst ☐ nemůže polykat ☐ předchozí aspirace

Pokud "ANO", pacient jí ...

- ☐ normální nemocniční stravu ☐ nutriční doplňky ☐ pouze nápoje

Perorální výživa, prosím vyznačte pro jedno jídlo:

Celkem vše 0.5 1/4 nic

Toto jídlo bylo: ☐ oběd ☐ večeře



Zeptejte se pacienta jak se mu daří a jak se cítí

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| 1. Máte hlad? | <input type="radio"/> ano | <input type="radio"/> Ne | <input type="radio"/> Nedostupné |
| 2. Chtěl/a byste něco jíst? | <input type="radio"/> ano | <input type="radio"/> Ne | <input type="radio"/> Nedostupné |
| 3. Máte žízeň? | <input type="radio"/> ano | <input type="radio"/> Ne | <input type="radio"/> Nedostupné |
| 4. Máte sucho v ústech? | <input type="radio"/> ano | <input type="radio"/> Ne | <input type="radio"/> Nedostupné |
| 5. Máte pocit na zvracení? | <input type="radio"/> ano | <input type="radio"/> Ne | <input type="radio"/> Nedostupné |
| 6. Máte bolesti v břiše? | <input type="radio"/> ano | <input type="radio"/> Ne | <input type="radio"/> Nedostupné |

Prosím pokračujte s dotazníkem 4b

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



nutritionDay
worldwide

Jednotka intenzivní péče FORMULÁŘ 4b

Datum

Kód centra

Kód oddělení

Číslo pacienta

Iniciály pacienta

ENTERÁLNÍ/ PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Dostává pacient komerčně vyráběný přípravek?

☐ ano

☐ ne

ENTERÁLNÍ přípravek a objem

Název:

Kód:

produkt obsahuje

kcal/ml

NEBO kcal

plánovaná dávka na posledních 24 hod

ml/24h

kcal/24h

skutečně podaná dávka za posledních 24 hod

ml/24h

kcal/24h

PARENTERÁLNÍ přípravek a objem

Název:

Kód:

produkt obsahuje

kcal/ml

NEBO kcal

plánovaná dávka na posledních 24 hod

ml/24h

kcal/24h

skutečně podaná dávka za posledních 24 hod

ml/24h

kcal/24h

Jiný nutriční přípravek a objem

Název:

Kód:

produkt obsahuje

kcal/ml

NEBO kcal

plánovaná dávka na posledních 24 hod

ml/24h

kcal/24h

skutečně podaná dávka za posledních 24 hod

ml/24h

kcal/24h

Individuálně připravená výživa/doplňek

pokud používáte individuálně připravenou výživu, vyplňte

AMINOKYSELINY

množství plánované na posledních 24 hod

g/24h

množství skutečně podané za posledních 24 hod

g/24h

SACHARIDY

množství plánované na posledních 24 hod

g/24h

množství skutečně podané za posledních 24 hod

g/24h

TUKY

množství plánované na posledních 24 hod

g/24h

množství skutečně podané za posledních 24 hod

g/24h

Doplňkové nutrienty?

☐ aminokyseliny

☐ glutamin

☐ MUFA

☐ omega-3 MK

☐ glukóza

☐ vitamin E

☐ selen

DĚKUEME!