



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

Informovaný souhlas pacienta

☐ Ano☐ Ne

POKRAČUJTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE PACIENT POSKYTL INFORMOVANÝ SOUHLAS!

1. Přijetí pacienta bylo

☐ Plánováno☐ Naléhavé☐ Nevím

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

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

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

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

Kardiální nedostatečnost ☐ Ano ☐ NeDiabetes ☐ Ano ☐ NeInfarkt myokardu ☐ Ano ☐ NeNádorové onemocnění ☐ Ano ☐ NeChronické plicní onemocnění ☐ Ano ☐ NeInfekce ☐ Ano ☐ NeCerebrovaskulární onemocnění ☐ Ano ☐ NeDemence ☐ Ano ☐ NePeriferní vaskulární onemocnění ☐ Ano ☐ NeDepresivní porucha ☐ Ano ☐ NeChronické onemocnění jater ☐ Ano ☐ NeJiné chronické mentální onemocnění ☐ Ano ☐ NeChronické onemocnění ledvin ☐ Ano ☐ NeJiné chronické onemocnění ☐ Ano ☐ Ne

4a. Předchozí operace během současné hospitalizace

☐ Ano, plánovaná☐ Ne☐ Ano, akutní

Počet dní od operace

dny

4b. Plánovaná operace během této hospitalizace

☐ Ano, dnes nebo zítra☐ Ano, později☐ Ne

5. Předchozí přijetí na JIP během této hospitalizace?

☐ Ano☐ Ne

6. Je pacient v terminálním 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 malnutrice/ riziko malnutrice?

☐ V malnutrici☐ V riziku malnutrice☐ Ne☐ Nevím

Prosím pokračujte s dotazníkem 2b

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



ÚDAJE O PACIENTOVÍ
FORMULÁŘ 2b

Datum

Kód centra

Kód oddělení

Číslo pacienta

Iniciály pacienta

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

11. Počet předepsaných perorálních nutričních přípravků (sipping) (DNES)

12. Příjem výživy (DNES) (označte odpověď u každé otázky)

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 odpověď u každé otázky)

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

13b. 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 odpověď u každé otázky)

Byla stanovena potřeba energie ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

Stanovena potřeba bílkovin ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

Příjem stravy/ výživy zaznamenán do dokumentace ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

Vypracován nutriční plán ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

Konzultace s nutričním odborníkem (nutriční terapeut nebo lékař nutricionista) ☐ 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

NEBO prosím doplňte

kcal/kg

15b. Příjem energie (VČERA)

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

NEBO prosím doplňte

kcal/kg

16. Od přijetí se stav nemocného ..

- ☐ Zlepšil ☐ Pacient byl právě přijat
☐ Zhoršil ☐ Nevím
☐ Zůstal stejný

DĚKUJEME!