

DOTAZNÍK HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO RIZIKA U DĚTÍ 0 – 19 LET

VSTUPNÍ INFORMACE

1

Jméno pacienta: Datum narození:

Pohlaví: chlapec dívka Vstupní váha: kg Vstupní výška: cm

Důvod příjmu: akutní příjem plánovaná hospitalizace (operace, vyšetření) překlad z jiného oddělení

Typ lůžka: standard JIP jiné

Hlavní diagnóza (MKN 10): Vedlejší diagnóza (MKN 10):
 důvod pro přijetí k hospitalizaci (např. zápal plic) (např. cystická fibróza)

NUTRIČNÍ RIZIKO

NE

ANO

2

Klinické hodnocení nutričního stavu

Propadlé tváře • Úbytek podkožního tuku • Úbytek svalové hmoty

0

1

Choroba s vysokým rizikem malnutrice/velký chirurgický výkon:

Mentální anorexie • Bronchopulmonální dysplázie (u dětí do 2 let) • Pankreatitida • Mentální retardace • Cystická fibróza • Celiakie • Nespecifický střevní zánět • Chronické kardiální, renální, jaterní, neurologické onemocnění • Trauma • Infekce • Syndrom krátkého střeva • Plánovaný velký chirurgický výkon • Popáleniny • Tumor • Metabolická onemocnění • Intoxikace • Jiné rizikové onemocnění nebo léčba

0

2

Nutriční příjem/ztráty

Průjem 5x a vícekrát za den • Zvracení 3x a vícekrát za den • Redukovaný příjem stravy během posledních dní před přijetím • Již existující nutriční intervence • Neschopnost adekvátního příjmu pro bolest

0

1

Váhový úbytek/nepřibývání na váze

Nepřibývání na váze u kojenců 0–1 rok nebo váhový úbytek u dětí 1–19 let během posledních týdnů/měsíců

0

1

SOUČET RIZIK

SOUČET RIZIK A DALŠÍ POSTUP

Označte

3

0

Riziko nízké

Kontrola váhy a zhodnocení nutričního stavu za týden

Bez nutriční intervence

1 – 3

Riziko střední

Kontrola váhy 2x týdně, zhodnocení nutričního stavu za týden

Intervence nutričního specialisty

ano

ne

Je-li příjem per os

Nasazení NutriniDrinku pro děti 1–6 let

ano

ne

Nasazení Nutridrinku

ano

ne

Není-li příjem per os

Zavedení sondy a sondové enterální výživy

ano

ne

Zavedení parenterální výživy

ano

ne

4 – 5

Riziko vysoké

Další sledování nutričního stavu, upřesnění diagnózy, nutnost intervence dětskou enterální výživou

Intervence nutričního specialisty

ano

ne

Je-li příjem per os

Nasazení NutriniDrinku pro děti 1–6 let

ano

ne

Nasazení Nutridrinku

ano

ne

Není-li příjem per os

Zavedení sondy a sondové enterální výživy

ano

ne

Zavedení parenterální výživy

ano

ne

Datum: Jméno a podpis lékaře:

POKYNY K VYPLNĚNÍ

1. Vyplňte při příjmu pacienta k hospitalizaci nebo nejpozději 48 hodin po přijetí.
2. Vyplňte pouze u pacientů ve věkovém rozmezí 1–19 let.
3. Vyplňte požadované údaje.
4. Sečtěte počet rizik.
5. Zvolte adekvátní řešení, v případě skóre ≥ 1 je to nezbytné.
6. Originál založte do dokumentace pacienta.
7. Žlutou kopii dejte stranou pro zástupce společnosti Nutricia.