

nutritionDay
worldwideÚDAJE O PACIENTOVI
FORMULÁŘ 2aDatum Kód centra Kód oddělení

Číslo pacienta	<input type="text"/>	Iniciály pacienta	<input type="text"/>	Rok narození	<input type="text"/>
Pohlaví	<input type="radio"/> Žena	<input type="radio"/> Muž		Datum přijetí	<input type="text"/>
Hmotnost (kg)	<input type="text"/>	<input type="radio"/> odhadnutá	<input type="radio"/> změřená		
Výška (cm)	<input type="text"/>	<input type="radio"/> odhadnutá	<input type="radio"/> změřená	Souhlas pacienta	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne

POKRAČUJTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE PACIENT POSKYTL SOUHLAS!

1. Přijetí pacienta bylo	<input type="radio"/> Plánováno	<input type="radio"/> Naléhavé	<input type="radio"/> 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 nemoci 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

- ☐
- Ano, plánovaná
- ☐
- Ne
-
- ☐
- Ano, akutní

Počet dní od operace dny

4b. Plánovaná operace během tohoto nemocničního pobytu

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

5. Pobyt na JIP před touto hospitalizací ☐ Ano ☐ Ne6. Je pacient v termiálním stádiu? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím7. Stav hydratace (DNES) ☐ V normě ☐ Zvýšená hydratace ☐ Dehydratace ☐ Nevím8. 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

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 nutričních přípravků (DNES)

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

Běžná nemocniční strava	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Obohacená nemocniční strava	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Proteinové a energetické doplňky stravy (sipping)	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Enterální výživa	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Parenterální výživa	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Speciální dieta	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím

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

Centrální venózní	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Nasoduodenální	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne
Periferní venózní přístup	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Enterostóma	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne
Nasogastrická	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Perkutánní endoskopická/chirurgická gastrostomie	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne
Nasojejunální	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Perkutánní endoskopická/chirurgická jejunostomie	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Stanovena potřeba bílkovin	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Příjem stravy/výživy zaznamenám do dokumentace	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Vypracován nutriční plán	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Konzultace s nutričním specialistou	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Malnutrice byla zapsána do pacientovy dokumentace	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> 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!