

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



nutritionDay  
worldwide

## 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?

- ☐ centralní venozní  
☐ nasogastrická  
☐ nasojejunální

- ☐ perkutánní endoskopická gastrostomie  
☐ perkutánní endoskopická/chirurgická jejunostomie (PEJ)  
☐ periferní žilní linka

způsob výživy

- ☐ orální ☐ enterální ☐ parenterální ☐ bez výživy

počet dní parenterální výživy na JIP

dny

(= aktuální den - 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

důvod 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", zakroužkujte

☐ pití

☐ 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:

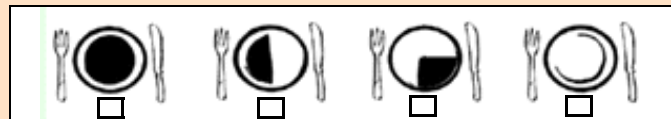
Celkem vše

1/2

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 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

**CUKRY** 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?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aminokyseliny | <input type="checkbox"/> glukóza   |
| <input type="checkbox"/> glutamin      | <input type="checkbox"/> vitamin E |
| <input type="checkbox"/> MUFA          | <input type="checkbox"/> selen     |
| <input type="checkbox"/> omega-3 MK    |                                    |

**DĚKUEME!**