

Vyplňte prosím údaje týkající se klienta



nutritionDay
worldwide

Domov s pečovatelskou službou
List 2

Datum

Kód centra

Kód oddělení

Souhlas	<input type="radio"/> Písemný/ústní	<input type="radio"/> Odmítnuto	Datum přijetí	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Klient se účastnil v uplynulém roce	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Pohlaví	<input type="radio"/> Muž <input type="radio"/> Žena
Klient číslo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Výška (m)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jméno (2 písmena)	<input type="text"/> <input type="text"/>		Aktuální hmotnost (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Příjmení (2 písmena)	<input type="text"/> <input type="text"/>		Hmotnot (kg) před 3 měsíci	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rok narození (RRRR)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Hmotnost (kg) před rokem	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Čas potřebný pro základní péči <input type="radio"/> Nepotřebuje péči <input type="radio"/> < 45 min denně <input type="radio"/> 120 - 239 min denně <input type="radio"/> 45 - 119 min denně <input type="radio"/> > 240 min denně	Podvýživa <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Riziko podvýživy <input type="radio"/> Ne Dehydratace <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Porucha polykání <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Žvýkací problémy <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Perorální výživa <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Pokud ano: Mixovaná dieta <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Obohacená dieta <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Perorální doplňky výživy (např. siping) <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Sondová výživa <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Parenteralni vyziva <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Infuze tekutin <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Snižil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)? <input type="radio"/> Velké snížení <input type="radio"/> Mírné snížení <input type="radio"/> Nesnižil se Jak dobře jedl klient v uplynulém týdnu? <input type="radio"/> Více než obvykle <input type="radio"/> Normálně <input type="radio"/> Trochu méně než obvykle <input type="radio"/> Mnohem méně než obvykle <input type="radio"/> Nic <input type="radio"/> Nic, dostával sondovou výživu či parenterální výživu
Mobilita <input type="radio"/> Upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní <input type="radio"/> Schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí <input type="radio"/> Samostatná chůze bez omezení	Vyznačte, prosím, jakou porci snědl klient k dnešnímu obědu <input type="radio"/> 3/4 porce nebo vše <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> Nic <input type="radio"/> Nic, dostával sondovou výživu či parenterální výživu <input type="radio"/> Nevím Potřeboval klient při jídle pomoci? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Klient je schopný verbálního/ non-verbálního vyjadřování <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
Kognitivní stav <input type="radio"/> Vážná demence <input type="radio"/> Mírná demence <input type="radio"/> Bez demence	
Deprese <input type="radio"/> Těžká deprese <input type="radio"/> Mírná deprese <input type="radio"/> Bez deprese	
Diagnózy vyžadující péči (možno vybrat více možností) <input type="radio"/> Zhoubný nádor <input type="radio"/> Mozek, nervy: např. demence, CMP, ROS, Parkinsonova choroba <input type="radio"/> Kostra/kosti/svaly <input type="radio"/> Srdce, cévy, plíce: např. infarkt myokardu, srdeční nedostatečnost, CHOPN <input type="radio"/> Ostatní	
Akutní onemocnění nebo psychická zátěž v uplynulých 3 měsících? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
Překvapilo by Vás, kdyby klient zemřel v následujících..... ...6 měsíců? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím <input type="radio"/> Žádná odpověď ... 4 týdnů? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím <input type="radio"/> Žádná odpověď	
Počet současně užívaných léků denně <input type="text"/> <input type="text"/>	
Antidepresiva <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Antibiotika <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Opiáty <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Sedativa <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne Antipsychotika/neuroleptika <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	

Děkujeme