

## KARTA ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO/KARTA METABOLICZNA

Nazwisko, imię, PESEL, wiek, oddział .....  
Rozpoznanie .....

	Data								
<b>PODAŻ</b>	<b>Mieszanina żywieniowa RTU(ready to use) /nazwa, objętość/ *</b>								
	<b>Worek indywidualny</b>								
	Aminokwasy %/ ml								
	Glukoza g								
	Tłuszcz %/ g								
	Objętość ml								
	Insulina jedn.								
	N g								
	kcal niebiałkowe								
	Q (kcal/g N)								
	Na mmol								
	K mmol								
	Ca mmol								
	Cl mmol								
	Mg mmol								
	P mmol								
	Pierwiastki śladowe								
	Witaminy								
	Objętość mieszaniny								
	Dodatkowe płyny								
	<b>Podaż płynów iv razem (ml)</b>								
	<b>Dojelitowo ( dieta / ml )</b>								
<b>SRATY (mocz)</b>	Diureza ml								
	Dreny / przetoka ml								
	Zgłębnik ml								
	N mocznika g								
	Straty N g								
	Straty Na mmol								
	Straty K mmol								
	Straty Ca mmol								
	Straty Mg mmol								
	Straty P mmol								
	Glikozuria								
	<b>Bilans N g /24 h</b>								
<b>Bilans płynów ml /24 h</b>									

<b>BADANIA</b>	pH								
	BE								
	Na mmol / l								
	K mmol / l								
	Ca mmol / l								

	Mg mmol / l							
	Cl mmol / l							
	P mmol / l							
	Glukoza							
	Mocznik							
	Kreatynina							
	Białko /albuminy g /l							
	Bilirubina							
	AspAT / AlAT i.u.							
	GGTP/AlkP i. u							
	LDH i.u							
	Amylaza/lipaza i.u.							
	Cholesterol							
	Triglicerydy							
	CRP mg / l							
	Hb/Ht							
	WBC/TLC							
	Płytki krwi							
	INR/APTT							
	Fibrynogen							
<b>INNE</b>								
Temp°C ciała								
<b>DOSTĘP NACZYNIOWY</b>		Data :						
Wskazania:								
Żyła :								
Cewnik :								
Metoda wprowadzenia cewnika:								
Miejsce wykonania zabiegu:				Blok operacyjny <input type="checkbox"/>		Inne <input type="checkbox"/>		
Przepływ				Dobry <input type="checkbox"/>		Zły <input type="checkbox"/>		
Prowadnica				Usunięta <input type="checkbox"/>		Nieusunięta <input type="checkbox"/>		
Położenie cewnika w rtg								
Lekarz wprowadzający cewnik:					Pielęgniarka asystująca:			
Data usunięcia								
Przyczyna usunięcia								
Wynik posiewu -krew:				Wynik posiewu – koniec wewnętrzny cewnika.				

### OPIEKA NAD CEWNIKIEM:

<b>Wymiana przedłużacza / kranika/ korka interlink</b>					
Data					
Podpis					
<b>Opatrunek w miejscu wyprowadzenia cewnika</b>					
Data:					
Podpis					

\* w przypadku uzupełniania mieszaniny żywieniowej o dodatkowe składniki odżywcze, należy wykazać je w rubrykach poniżej

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia