**Załącznik nr 8**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

Polkowice, dnia…………………………………………

…………………………………………………………………

Imię nazwisko

....……………………………………………….……………

PESEL

………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania

**Prezes**

**Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.**

**ul. K.B. Kominka 7, 59 – 101 Polkowice**

Wnioskuję o przyznanie wsparcia w formie pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym PCUZ - ZOZ S.A. w ramach opieki wytchnieniowej osobie niesamodzielnej:

..................................................................................................................................................................

*nazwisko i imię osoby niesamodzielnej*

w terminie: od .................................... do ...........................................

Pobyt podopiecznego w opiece wytchnieniowej związany jest z:

 odpoczynkiem opiekuna

 przyczynami medycznymi opiekuna (zabieg, rehabilitacja, diagnostyka itp.)

 innymi czynnościami niemożliwymi do wykonania podczas obecności podopiecznego w domu:

*(podać jakimi): ..........................................................................................................................................*

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

Oświadczenia opiekuna:

 *Oświadczam, że osobiście lub wspólnie z najbliższymi członkami rodziny prowadzę codzienną opiekę nad podopiecznym w miejscu zamieszkania.*

 *Oświadczam, że zarówno ja, jak i mój podopieczny, zamieszkujemy na terenie gminy Polkowice   
w rozumieniu art. 25 Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 ze zm.).*

 *Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania świadczeń pielęgnacyjnych   
i opiekuńczych w ramach opieki wytchnieniowej w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.*

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ZOL PCUZ - ZOZ S.A. danych osobowych moich i mojego podopiecznego zawartych w niniejszym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji wsparcia w opiece wytchnieniowej. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych dla ww. celu.*

*Pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego (Dz. U. z 2018 r.  
poz. 1600 ze zm.) za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, iż wszelkie dane zawarte   
w niniejszym wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.*

Polkowice, dnia .......................................

..........................................................

*czytelny podpis opiekuna*

Do wniosku dołączam:

1. Skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego (Załącznik nr 1)
2. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do ZOL wg skali Barthel (Załącznik nr 2)
3. Wywiad pielęgniarski (Załącznik nr 3)
4. Zaświadczenie lekarskie (Załącznik nr 4)
5. Ocenę świadczeniobiorcy skalą Glasgow (Załącznik nr 5)
6. Kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego (Załącznik nr 6)
7. Subiektywną globalną ocenę stanu odżywienia SGA (Załącznik nr 7)
8. Inne niezbędne dokumenty (wymienić, jakie)………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……… Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..… Nr telefonu do kontaktu

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………… Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………… Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie\*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca\*\*………………………………………………

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia (tak/nie)\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.**

………………………… ………………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu

leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić

\*\*Jeżeli jest wymagana.

\*\*\*Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

Prosimy o podanie danych na temat złożenia deklaracji dotyczących lekarza rodzinnego lub lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej.

Nazwa i adres przychodni z numerem telefonu, do której należy świadczeniobiorca:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego: ………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Załącznik nr 2**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZOL/PRZEBYWAJĄCEGO W ZOL1)**

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel2)**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....................................................................................................................................

Adres zamieszkania............................................................................................................................................................

PESEL/lub inny dokument potwierdzający tożsamość ......................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Czynność3)** | **Wynik4)** | |
| 1. | **Spożywanie posiłków**  0= nie jest w stanie samodzielnie jeść  5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety  10= samodzielny, niezależny |  | |
| 2. | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie**  0= nie jest w stanie przemieszczać się; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu  5= większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)  10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna  15= samodzielny |  | |
| 3. | **Utrzymanie higieny osobistej**  0= potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych  5=niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów ( z zapewnionymi pomocami) |  | |
| 4. | **Korzystanie z toalety (WC)**  0= zależny  5= potrzebuje pomocy ale może zrobić coś sam  10=niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  | |
| 5. | **Mycie i kąpiel całego ciała**  0= zależny  5= niezależny pod prysznicem |  | |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich**  0= nie porusza się lub < 50 m  5= niezależny od wózka; wliczając zakręty > 50 m  10= spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m  15= niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski>50 m |  | |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach**  0= nie jest w stanie  5= potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie  10= samodzielny |  | |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie**  0= zależny  5= potrzebuje ale może wykonać połowę czynności bez pomocy  10= niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł itp. |  | |
| 9. | **Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu**  0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw  5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  10= panuje, utrzymuje stolec |  | |
| 10. | **Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego**  0= nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny  5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)  10= panuje, utrzymuje mocz |  | |
| **WYNIKI KWALIFIKACJI 5)** | | |  |

…………………………………………………….………………………...…………………………………..….

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga1) skierowania do zakładu opiekuńczego/ dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym1)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

.……………..……………….………………….………………………...…………………………………………..

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki ZOL

---------------------------------------------------------------

1) Niepotrzebne skreślić

2) Mahoney FI, Barthel D. ,,Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

3) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

4)  Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

**Załącznik nr 3**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**WYWIAD PIELĘGNIARSKI**

1. **Dane świadczeniobiorcy**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. **Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji** (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a**) odżywianie**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

Karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik ………………………………………………………………………………………

Karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem …………………………………………………………………………………

Zakładanie zgłębnika …………………………………………………………………………………………………………………………

Inne niewymienione …………………………………………………………………………………………………………………………

b) **higiena ciała**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

w przypadku pacjenta wentylowanego mechnicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej ……………………………………………………………………………………….

Inne niewymienione …………………………………………………………………………………………………………………………

**c) oddawanie moczu**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

Cewnik

Inne niewymienione …………………………………………………………………………………………………………………………

**d) oddawanie stolca**

**- samodzielny/przy pomocy/ utrudnienia\***

Pielęgnacja stomii ……………………………………………………………………………………………………………………………

Wykonywanie lewatywy i irygacji ……………………………………………………………………………………………………

Inne niewymienione ……………………………………………………………………………………………………………………….

**e) przemieszczanie pacjenta**

**- samodzielny/ przy pomocy/ utrudnienia\***

Z zawansowaną osteoporozą ……………………………………………………………………………………………………………

Którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności ……………………………………………………………………..

Inne niewymienione ………………………………………………………………………………………………………………………….

**f) rany przewlekłe**

odleżyny …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

rany cukrzycowe ......................................................................................................................................

inne niewymienione ………………………………………………………………………..

**g) oddychanie wspomagane** …………………………………………………………………………………………………………

**h) świadomość pacjenta: tak/nie/ z przerwami**………………………………………......................................

**i) inne** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel \*\*/\*\*\*** ………………………………………………………………………

………………………………….. …………………………………………………

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*

………………………… …………………………………………..

Miejscowość, data Podpis oraz pieczęć lekarza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Niepotrzebne skreślić

\*\*W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, poz.419,z późn.zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\*W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”

**Załącznik nr 4**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL lub data urodzenia…………………………………………………………………………………………………………….………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

1. Badanie przedmiotowe:

waga…………………………………… wzrost…………………………ciepłota…………

1. Skóra i węzły chłonne ……………………………………………………………………………………………………..……………
2. Układ oddechowy …………………………………………………………………………………………………………………………
3. Układ krążenia: wydolny/niewydolny, ciśnienie krwi …………………………………tętno/min…………………
4. Układ trawienia ………………………………………………………………………………………………………………………..….
5. Układ moczowo – płciowy…………………………………………………………………………………………………..………..
6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi ………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………
7. Układ nerwowy i narządy zmysłów ………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………
8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza) w języku polskim oraz wg. Klasyfikacji ICD-10

……………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

1. Schorzenia współistniejące:
2. choroba zakaźna: tak/nie (jeśli tak, jaka? …………………………………………………………….…..)
3. gruźlica: tak/nie (jeśli tak, czy w stadium zakaźnym?.....................................)
4. narkomania tak/nie
5. choroba psychiczna tak/nie (jeśli tak, jaka? ………………………………………………………………...)
6. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji   
   i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

………………………………………………….

(pieczęć i podpis, data)

**Załącznik nr 5**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

**Imię i nazwisko świadczeniobiorcy** .....................................................................................................................................................................................................

Adres zamieszkania …..................................................................................................................................................................

PESEL lub data urodzenia ….........................................................................................................................................................

**SKALA GLASGOW-**ocenie podlega:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **●OTWIERANIA OCZU** | | | | |
| 4 punkty | spontanicznie | | | |
| 3 punkty | na polecenie | | | |
| 2 punkty | na bodźce bólowe | | | |
| 1 punkt | nie otwiera | | | |
| **●KONTAKT SŁOWNY** | | | | |
| 5 punktów | odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca i własnej osoby | | | |
| 4 punkty | odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany | | | |
| 3 punkty | odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk | | | |
| 2 punkty | niezrozumiałe dźwięki, pojękiwania | | | |
| 1 punkt | bez reakcji | | | |
| **●REAKCJA RUCHOWA** | | | | |
| 6 punktów | spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych | | | |
| 5 punktów | ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy | | | |
| 4 punkty | Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego | | | |
| 3 punkty | Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie *(przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)* | | | |
| 2 punkty | Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie *(odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)* | | | |
| 1 punkt | Bez reakcji | | | |
| **ŁĄCZNIE -**  **GCS:........../15** | | **●…........./4** | **●…......../5** | **●….........../6** |
|
|
|
|
|
|

*Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (nnp. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).*

*Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią: tj. od 4 roku życia*

…...............................................

*data i podpis*

**Załącznik nr 6**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

**Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego**

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię pacjenta: Wiek  PESEL  Data badania: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Przesiewowa ocena stanu odżywienia** | NRS lub SGA | BMI |
| 2. | **Szczegółowa ocena stanu odżywienia** | | |
|  | Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy | powyżej 10% masy ciała wyjściowej | poniżej 10% masy ciała  wyjściowej |
|  | Białko całkowite | poniżej normy | norma |
|  | Albumina | poniżej normy | norma |
|  | Cholesterol całkowity | poniżej normy | norma |
| **Możliwe skuteczne odżywianie doustne** | | nie | Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt 3,4,7 - 9 |
| **Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego** | | nie | Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 - 9 |
| 3. | **Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego** | dysfagia  niedrożność górnej części przewodu pokarmowego  śpiączka niemetaboliczna  inne | |
| 4. | **Dostęp dojelitowy** | zgłębnik: nosowo-żołądkowy, nosowo-dwunastniczy, nosowo-jelitowy  gastrostomia..........................................................  jejunostomia......................................................... | |
| 5. | **Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego** | niedożywienie  okres okołooperacyjny u dorosłych wyniszczenie (BMI < 17)  niedożywienie (BMI 17 – 19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni  BMI > 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7dni  powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego  reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji  niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła  inne | |
| 6. | **Dostęp pozajelitowy** | Żyły, obwodowe, PICC, żyła centralna  cewnik nietunelizowany, port  cewnik permamentny, typ cewnika.............................................................. | |
| 7. | **Cel leczenia żywieniowego:** | Utrzymanie stanu odżywienia, poprawa stanu odżywienia, leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań | |
| 8. | **Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia;** | Małe Duże | |
| 9. | **Dni leczenia żywieniowego:** | Żywienie dojelitowe dni..............................................................................  kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni........................................  częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni................................  leczenie żywieniowe immunomodulujące dni............................................. | |

……………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………….

(pieczęć i podpis lekarza leczącego) ( pieczęć i podpis członka Zespołu Leczenia Żywieniowego)

**Załącznik nr 7**

**do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym**

Imię i nazwisko pacjenta........................................................................................................................

Data wypełnienia......................................................................................................

PESEL....................................................................................................................................................

**SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)**

1. **WYWIAD**

**1.** **Wiek** (lata)...............**Wzrost** (cm)...............**masa ciała** (kg) …................% **płeć** K M

**2. Zmiana masy ciała**

Utrata masy ciała w ostatnich 6 miesiącach …................. (kg) …....................%

Zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

□ zwiększenie □ bez zmian □ zmniejszenie

**3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów:**

□ bez zmian □ zmiany (czas trwania) …......................... (tygodnie)

Rodzaj diety:

□ zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych

□ dieta płynna kompletna

□ dieta płynna hipokaloryczna

□ głodzenie

**4. Objawy ze strony układu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie):**

□ bez objawów □ nudności □ wymioty □biegunka □ jadłowstręt

**5. Wydolność fizyczna:**

□ bez zmian □ zmiany (czas trwania).........................(tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie

chodzi

leży

**6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:**

Wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

□ brak □ mały □ średni □ duży

**II. Badania fizykalne (należy określić stopień zaawansowania):**

0 – bez zmian 1 – lekki 2 – średni 3 – ciężki

Utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej

(stopień......................)

Zanik mięśni (czworogłowy, naramienny) (stopień.................)

Obrzęk nad kością krzyżową (stopień...................)

Obrzęk kostek (stopień.................)

Wodobrzusze (stopień.................)

**III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):**

□ prawidłowy stan odżywienia

□ podejrzenie niedożywienia lub niedożywienia średniego stopnia (stopień B)

□ wyniszczenie (stopień C)

□ duże ryzyko niedożywienia (stopień D)

…........................................................

(podpis osoby przeprowadzającej ocenę)