

Data założenia karty .....

## INDYWIDUALNA KARTA ŻYWIENIA PACJENTA

Imię i nazwisko ..... Wiek..... PESEL ..... Nr sali .....

Rozpoznanie .....

Wywiad .....

Minimalna ocena stanu odżywienia	Co najmniej raz dziennie	2 razy dziennie	3 razy dziennie	1 raz w tygodniu	2 - 3 razy w tygodniu	Nie jada wogóle
Spożycie białka (mleko, ser, jogurt)						
Rośliny strączkowe lub jaja						
Mięso, ryby lub drób						
Owoce lub warzywa						
Ilość pełnych posiłków zjadana dziennie						
Ilość płynów przyjmowana dziennie (łącznie z zupą)	1,5l/dobę		powyżej 1,5l/dobę		poniżej 1,5l/dobę	
Spożycie cukru	duże		małe		nie spożywa	
Spożycie soli	duże		małe		nie spożywa	
Tryb życia	aktywny		siedzący			
Czy w ciągu ostatnich 3 mies. nastąpiła utrata apetytu?	Znaczna utrata		Średnia utrata		Brak utraty	
Czy pacjent uważa, że ma problem z odżywianiem?	Wie, że ma znaczne niedożywienie		Nie wie lub uważa, że ma średnie niedożywienie		Uważa, że nie ma problemów z odżywianiem	
Uwagi:						
Przyjęcie	Wypis					
Waga						
Wzrost						
BMI						
Stątka centylowa						
Cholesterol						

[illegible]