



Karta Zgłoszenia Chorego
Do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego
SP SK im. Orłowskiego w Warszawie
Kierownik Kliniki dr hab. n. med. Jacek Sobocki, Prof. CMKP

tel. 22 584 13 20 fax. 22 622 76 18

email: kl.chir.zywienia@szpital-orlowskiego.pl

Data

Ośrodek zgłaszający.....

.....

.....

.....

Nazwisko i imię chorego.....

PESEL: Oddział NFZ:.....

Adres zamieszkania chorego:

ulica nr domu mieszkania.

.....

.....

Nr kodu miejscowość

.....

Chory jest : chodzący siedzący leżący respiratoterapia

Ile przetok ma chory, jaka lokalizacja i dobowe wydzielanie w ml

.....

Chory jest żywiony doustnie dojelitowo pozajelitowo

Dostęp do żywienia sonda gastrostomia ileostomia żyła obwodowa żyła centralna

Data założenia dostępu:

Data i wynik ostatniego posiewu krwi

Skład mieszaniny odżywczej (*objętość i nazwa preparatu gotowego lub skład mieszaniny dedykowanej, szybkość przetaczania*)

.....

Wyniki badań krwi:

Data WBC HGB HCT MCV PLT K Na Mg P Mocznik

Kreatynina INR APTT Albumina CRP ALT AST Bilirubina

Aktualne wyniki badań radiologicznych w załączeniu

.....

Aktualnie podawane leki (*nazwa, dawkowanie, kiedy włączone*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE O SZKOLENIU

Dotyczy pacjenta:

Przewlekłego żywienia pozajelitowego kontynuowanego w warunkach domowych:

przygotowywania mieszanki odżywczej, podłączania i odłączania należy nauczyć się w czasie pobytu w Oddziale. Może szkolić się pacjent sam lub członek rodziny albo opiekun wskazany przez chorego, zależy to od choroby i kondycji pacjenta. Szkolenie w zakresie żywienia pozajelitowego trwa zwykle od 7 do 10 dni, w zależności od zdolności osoby szkolonej.

W czasie leczenia żywieniem pozajelitowym w domu wszystkie potrzebne preparaty i sprzęt, poza statywem i opatrunkami z gazy są refundowane przez NFZ. **Pacjent po wypisaniu z Oddziału do domu, będzie pod opieką Poradni dla Chorych Żywionych Pozajelitowo i Dojelitowo w Warunkach Domowych. Obowiązkiem pacjenta będą wizyty kontrolne co 3 miesiące w wyznaczonym terminie.**

Po zapoznaniu się z powyższą informacją lekarz, pacjent i rodzina przyjmują do wiadomości, że w przypadku nie podjęcia szkolenia w wyznaczonym terminie, pacjent zostanie wypisany do Oddziału i Szpitala który go skierował.

	Imię i nazwisko	Numer telefonu	Podpis
Pacjent			
Członek rodziny/opiekun			
Lekarz kierujący lub Ordynator			