



Warszawa, dnia/...../.....r.

Karta monitorowania powikłań żywienia dojelitowego

Imię:		Nazwisko:		PESEL*:	
*numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość					
Numer kartoteki:				Data Urodzenia:	
Płeć:		Adres, telefon kontaktowy:			

OKRES ŻYWIENIA:

data od -.....

data do -.....

POWIKŁANIA:

☐

TAK

☐

NIE

1. POWIKŁANIA MECHANICZNE:

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Niedrożność zgłębnika	
	Ulokowanie poza p. pok.	
	Wtórne przemieszczenie	
	Przypadkowe usunięcie	
	Krwawienie	
	Odleżyna	
	Nieszczelność	

2. POWIKŁANIA ZE STRONY PRZEWODU POKARMOWEGO:

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Niedrożność mechaniczna p. pok.	
	perforacja	
	biegunka	
	Wymioty/regurgitacje	
	Ból brzucha	
	zaparcie	



3. POWIKŁANIA INFEKCYJNE

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Zapalenie otrzewnej	
	Zachłystowe zapalenie płuc	
	Zapalenie nosogardzieli	
	Zapalenie ucha środkowego	
	Zapalenie żołądkowo-jelitowe	
	Zapalenie otworu gastrostomijnego	

4. POWIKŁANIA METABOLICZNE

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Zaburzenia elektrolitowe	
	Zaburzenia glikemii	
	Niedobór witamin/pierwiastków śladowych	
	Niedokrwistość	
	Zespół ponownego odżywienia	

.....
Data i podpis lekarza