



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



Karta monitorowania powikłań żywienia pozajelitowego

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
	Uszkodzenie/niedrożność cewnika naczyniowego	
	Nieprawidłowe położenie końcówki cewnika	
	Przypadkowe usunięcie cewnika naczyniowego	
	Krwawienie z miejsca wyprowadzenia cewnika	

2. POWIKŁANIA ZAKRZEPOWE:

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Skrzeplina w świetle/na końcu cewnika	
	Zakrzepica żylna	
	Zatorowość płucna	



3. POWIKŁANIA INFEKCYJNE

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Zakażenie kanału cewnika naczyniowego	
	Posocznica odcewnikowa bakteryjna	
	Posocznica odcewnikowa grzybicza	

4. POWIKŁANIA METABOLICZNE

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS
	Zaburzenia elektrolitowe	
	Zaburzenia glikemii	
	Niedobór witamin/pierwiastków śladowych	
	Kwasica/zasadowica metaboliczna	
	Zespół ponownego odżywienia	
	Kamica nerkowa	
	Choroba metaboliczna kości	
	Kamica pęcherzyka żółciowego	
	IFALD (choroba wątroby związana z niewydolnością jelit)	

5. INNE

DATA	RODZAJ POWIKŁANIA	OPIS

.....
Data i podpis lekarza