

PROTOKOL INICIÁLNEJ INDIKÁCIE AMBULANTNEJ ENTERÁLNEJ VÝŽIVY PRE DOSPELÝCH PACIENTOV *

Meno _____ a priezvisko _____ Rodné číslo _____ Zdravotná poisťovňa _____

I. POTVRDENIE RIZIKA A VÝVOJA MALNUTRÍCIE

Anamnéza: Skóre – body (vhodné vyznačte)

Nechcený pokles hmotnosti

a) za mesiac o 5 % (seniori o 3 %) alebo

b) pokles hmotnosti za 6 mesiacov o 10 %

Áno 1

Nie 0

Znížený príjem o 35 % z plnej dávky

Áno 1

Nie 0

Antropometrické vyšetrenie

Chodiaci pacienti BMI	Muži < 19	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>	Ženy < 19	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>
alebo ležiaci pacienti Obvod dominantného ramena v cm	Muži < 26	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>	Ženy < 24	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>
Dialyzovaní pacienti BCM	Muži FTI a/alebo LTI pod pásmom optima	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>	Ženy FTI a/alebo LTI pod pásmom optima	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>

Ak je skóre ≥ 1 pokračujte v časti II.

Klinické zhodnotenie nutričného stavu:

Diagnóza základného ochorenia slovom:

Kód (MKCH 10):

II. INDIKÁCIE AMBULANTNEJ ENTERÁLNEJ VÝŽIVY PRI POTVRDENÍ RIZIKA A VÝVOJA MALNUTRÍCIE

1. Znížený príjem potravy (uveďte konkrétnu indikáciu z prehľadu indikácií - viď nižšie)	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>	4. Zvýšené straty proteínov (uveďte konkrétnu indikáciu z prehľadu indikácií - viď nižšie)	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>
2. Poruchy pasáže (uveďte konkrétnu indikáciu z prehľadu indikácií - viď nižšie)	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>	5. Poruchy trávenia a vstrebávania (uveďte konkrétnu indikáciu z prehľadu indikácií - viď nižšie)	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>
3. Zvýšené nutričné požiadavky (uveďte konkrétnu indikáciu z prehľadu indikácií - viď nižšie)	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>	6. Poruchy metabolizmu (uveďte konkrétnu indikáciu z prehľadu indikácií - viď nižšie)	Áno 1 <input type="checkbox"/> Nie 0 <input type="checkbox"/>

Súčet celkového skóre (I. + II., ≥ 2 potvrdzuje vznik a vývoj malnutrície):

FORMA ENTERÁLNEJ VÝŽIVY

Nutričná podpora	<ul style="list-style-type: none"> - sa preskribuje najviac na 31 dní; - podmienkou pokračujúcej hradenej liečby je zhodnotenie tolerancie liečby a zhodnotenie prínosu liečby (stabilizácia fyzickej kondície alebo hmotnosti) zdokumentovaného v zdravotnej dokumentácii pacienta; pokračujúca liečba sa môže indikovať najviac na 31 dní. - hradená liečba po šiestich mesiacoch podlieha predchádzajúcemu súhlasu zdravotnej poisťovne.
Plná enterálna výživa	<ul style="list-style-type: none"> - indikuje sa v prípade aplikácie nasogastrickej sondou alebo perkutánou endoskopickou alebo chirurgickou gastrostómiou alebo jejunostómiou; - preskripcia sa realizuje najviac na 31 dní. - hradená liečba si nevyžaduje predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne pokiaľ je indikovaná v súlade s aktuálnym znením preskripčných, indikačných a množstvových limitov
Nutričná podpora (je hradená maximálne do 675 kcal/deň)	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Plná výživa nasogastrickou sondou alebo perkutánou endoskopickou alebo chirurgickou gastrostómiou alebo jejunostómiou (je hradená maximálne do 2000 kcal/deň)	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

* protokol odporúčame uchovať v zdravotnej dokumentácii pacienta

