PTŻKD

FORMULARZ PRZESIEWOWEJ OCENY STANU ODŻYWIENIA dla DZIECI

Data badania:

Imię, nazwisko: Płeć: M ☐ Ż ☐

Data urodzenia: Wiek: (lata, mies.):

masa ciała ..... kg	centyle: .....
wysokość ciała ..... cm	centyle: .....
masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2-5 lat (WHO Child Growth Standards)	centyle: .....
Obwód głowy ..... cm (dotyczy niemowląt)	centyle: .....

Stosowane siatki centylowe: The WHO Child Growth Standards

ROZPOZNANIE (ICD 10): .....

.....

.....

W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

.....

.....

pozajelitowego ☐ TAK ☐ NIE

dojelitowego ☐ TAK ☐ NIE

Uwagi: .....

.....

.....

.....

.....

podpis i pieczątka lekarza