Pieczątka	Data badania: (dzień/mies./rok): ……../ ……../ ……. Nr hist. chor.: …… PESEL: .....

FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia

Imię, nazwisko .....

Płeć: M □ ; Ż □

Data urodzenia: (dzień/mies./rok ……/… /……. Wiek: (lata, mies.): …….

masa ciała…… kg centyle……* .....

wysokość ciała ……. cm centyle ……* .....

masa-do-długości (wysokości) centyle: .....* .....

BMI ……. centyle: …….. * .....

Obwód głowy: ..... cm; centyle: ..... * (dotyczy niemowląt) .....

4. Inne: .....

.....

..... (proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

…….. .....

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

pozajelitowego	☐ TAK	☐ NIE
dojelitowego	☐ TAK	☐ NIE

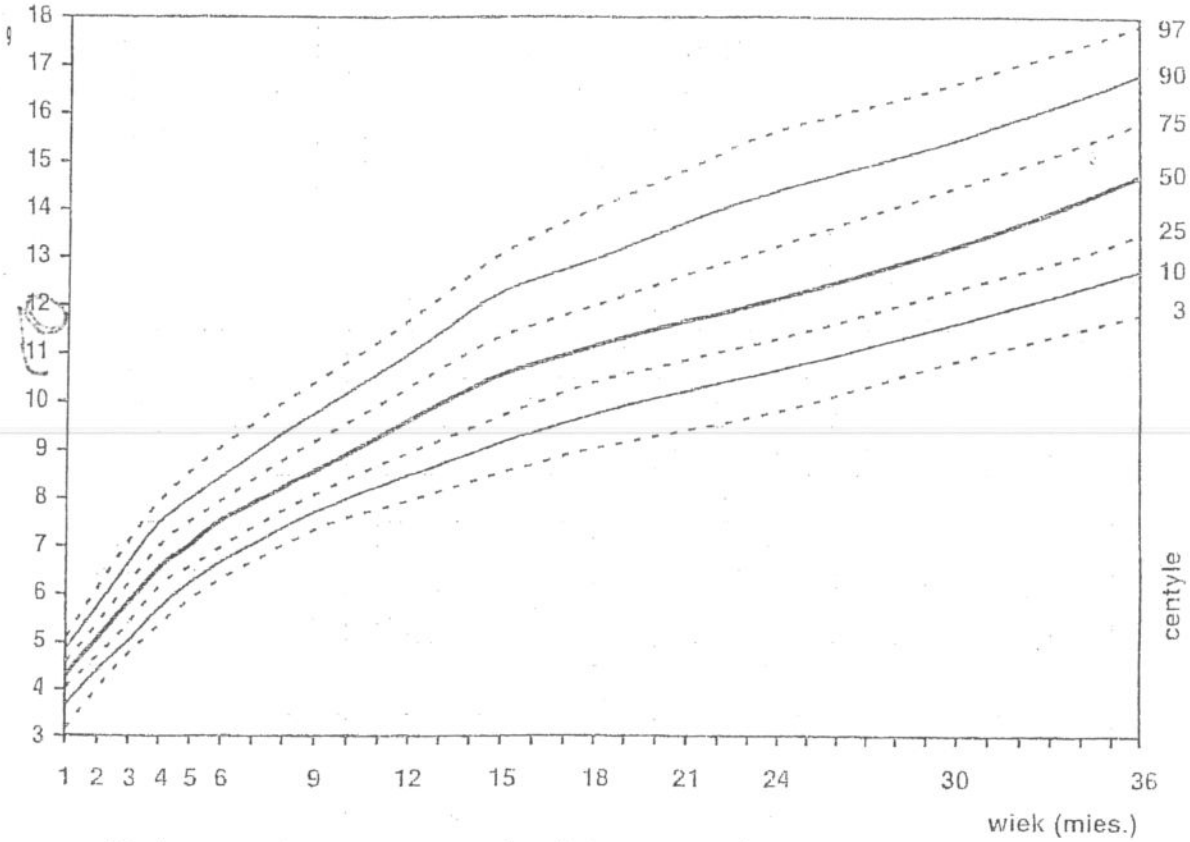
Uwagi: ……

……

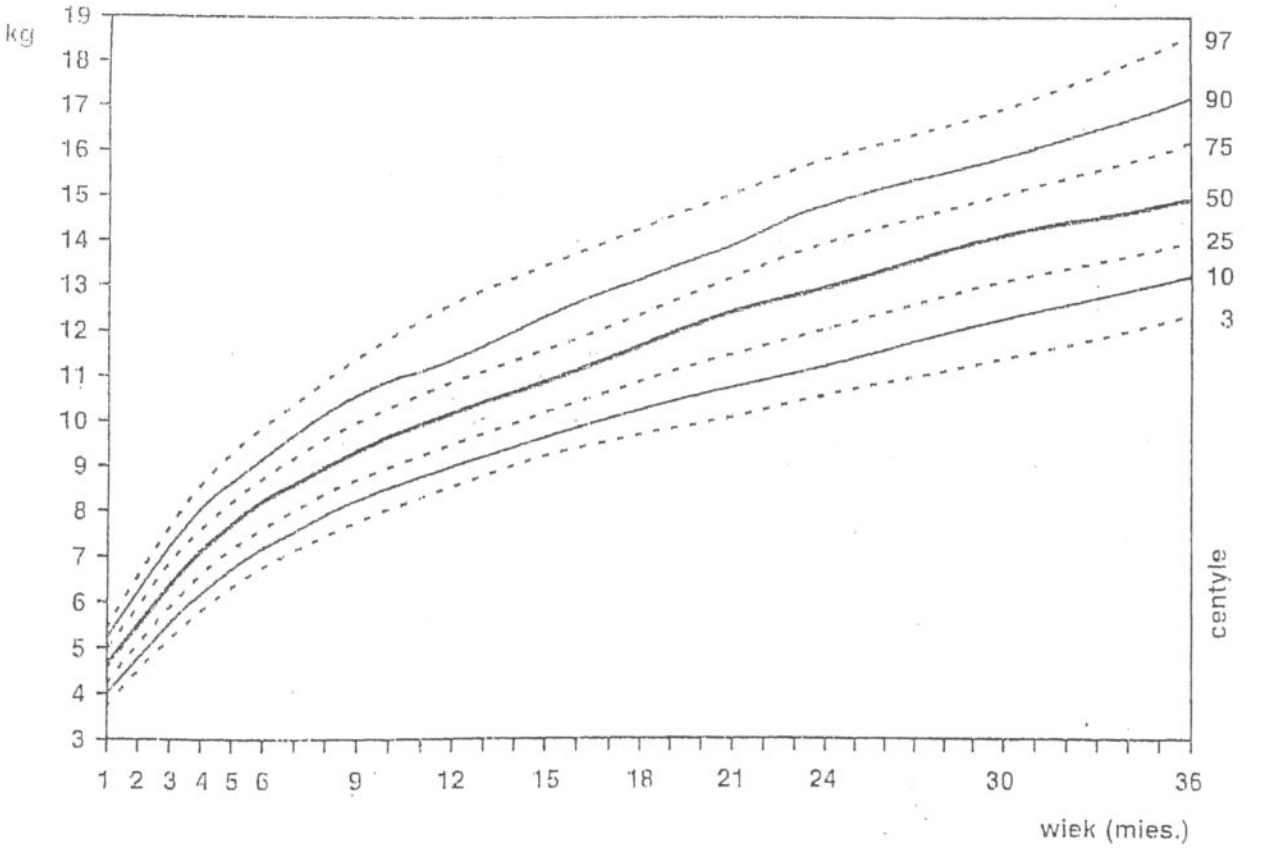
……

……

podpis i pieczątka lekarza



Siatka centylowa masy ciała dziewcząt od 1 do 36 miesiąca życia (wg I. Palczewskiej, Z. Niedźwieckiej 2001)



Siatka centylowa masy ciała chłopców od 1 do 36 miesiąca życia (wg I. Palczewskiej, Z. Niedźwieckiej 2001)