

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patienten zutrifft



nutritionDay
worldwide

Intensivstation BOGEN 4a

Datum

Zentrumscode

Stationscode

Patientennummer

Patienten-Initialen

Ernährungsstatus und Behandlung (HEUTE)

Welche Zugänge hat der Patient?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> zentralvenös | <input type="checkbox"/> perkutane endosk. Gastrostomie (PEG) |
| <input type="checkbox"/> nasogastral | <input type="checkbox"/> Perkutane endosk. Jejunostomie (PEJ) |
| <input type="checkbox"/> nasojejunal | <input type="checkbox"/> periphervenös |

Ernährungstherapie

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oral | <input type="checkbox"/> enteral | <input type="checkbox"/> parenteral | <input type="checkbox"/> keine |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

Anzahl der Tage der parenteralen Ernährung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage	(= heute - Tag 1 der parenteralen/enteralen Ernährung)
Anzahl der Tage der enteralen Ernährung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage	

Dauer der enteralen Ernährung (in den letzten 24 Stunden) Stunden ☐ intermittierend ☐ kontinuierlich

Gründe, weshalb die Ernährung pausiert

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operation/ Eingriff | <input type="checkbox"/> Transport | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Andere |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------|

geplante Kalorien pro kg KG (in den nächsten 24h) kcal/kg/ Tag

Oder: ☐ <500 kcal/Tag ☐ 500-999 kcal/Tag ☐ 1000-1499 kcal/Tag ☐ 1500-2000 kcal/day ☐ >2000 kcal/Tag

Reflux ml Obstipation oder Durchfall ☐ Obstipation > 3 Tage ☐ Durchfall

intraabdomineller Druck gemessen ☐ Nein ☐ Ja mmHg

Ist eine orale Ernährung möglich? ☐ Nein ☐ Ja
falls "Ja" bitte wählen Sie ☐ trinken ☐ essen

Wenn NEIN, warum nicht?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patient ist sediert | <input type="checkbox"/> darf nicht essen | <input type="checkbox"/> kann nicht schlucken | <input type="checkbox"/> aspirierte vor kurzem |
|--|---|---|--|

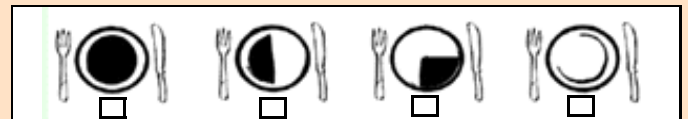
Wenn JA, isst der Patient ...

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normale Krankenhauskost | <input type="checkbox"/> Supplemente | <input type="checkbox"/> Flüssigkeit |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|

Orale Nahrungszufuhr - Bitte für eine Mahlzeit angeben:

(fast) alles 1/2 1/4 Nichts

Diese Mahlzeit war: ☐ MITTAGS ☐ ABENDS



Fragen Sie Ihren Patienten über sein Wohlbefinden

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1. Haben Sie Hunger? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| 2. Wollen Sie etwas essen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| 3. Sind Sie durstig? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| 4. Haben Sie einen trockenen Mund? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| 5. Ist Ihnen übel? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |
| 6. Haben Sie Bauchschmerzen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Keine Angabe |

Bitte machen Sie weiter mit Fragebogen 4b