

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patienten zutrifft



**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

- oral enteral parenteral keine

Anzahl der Tage der parenteralen Ernährung Tage (= heute - Tag 1 der parenteralen/enteralen Ernährung)

Anzahl der Tage der enteralen Ernährung Tage

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

Gründe, weshalb die Ernährung pausiert

- Operation/ Eingriff Transport Unverträglichkeit 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?

- Patient ist sediert darf nicht essen kann nicht schlucken aspirierte vor kurzem

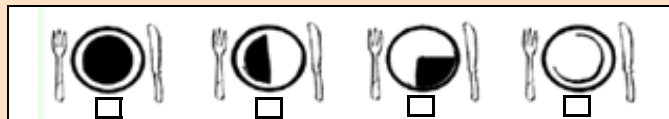
Wenn JA, isst der Patient ...

- normale Krankenhauskost Supplemente 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

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patienten zutrifft



Intensivstation BOGEN 4b

Datum

Zentrumscode

Stationscode

Patientennummer

Patienten-Initialen

ENTERALE/PARENTERALE ERNÄHRUNG

Bekommt der Patient ein Fertigprodukt? Ja Nein

ENTERALE Ernährung, Produkt und Volumen

Name: CODE:
dieses Produkt hat kcal/ml **Oder in kcal**
geplant in den letzten 24 Stunden: ml/24h kcal/24h
verabreicht in den letzten 24 Stunden: ml/24h kcal/24h

PARENTERALE Ernährung, Produkt und Volumen

Name: CODE:
dieses Produkt hat kcal/ml **Oder in kcal**
geplant in den letzten 24 Stunden: ml/24h kcal/24h
verabreicht in den letzten 24 Stunden: ml/24h kcal/24h

andere Ernährung, Produkt und Volumen

Name: CODE:
dieses Produkt hat kcal/ml **Oder in kcal**
geplant in den letzten 24 Stunden: ml/24h kcal/24h
verabreicht in den letzten 24 Stunden: ml/24h kcal/24h

Individuell gefertigte Produkte/ Zusätze

bei Verwendung individuell gefertigter Produkte, bitte angeben:

AMINOSÄUREN: Menge geplant in den letzten 24 Stunden: g/24h
Menge gegeben in den letzten 24 Std g/24h

KOHLLENHYDRATE: Menge geplant in den letzten 24 Stunden: g/24h
Menge gegeben in den letzten 24 Std g/24h

LIPIDE: Menge geplant in den letzten 24 Stunden: g/24h
Menge gegeben in den letzten 24 Std g/24h

Zusätzliche Nährstoffe

- Aminosäuren
- Glutamin
- MUFA
- Omega-3-Fettsäuren
- Glucose
- Vitamin E
- Selen

Vielen Dank!