

Patientennummer

Patienten-Initialen

Ernährungsstatus und Behandlung (HEUTE)

Welche Zugänge hat der Patient?

- ☐ zentralvenös ☐ perkutane endosk. Gastrostomie (PEG)
☐ nasogastral ☐ Perkutane endosk. Jejunostomie (PEJ)
☐ nasojejunal ☐ 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

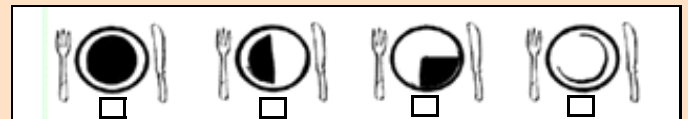
Wenn JA, isst der Patient ...

- ☐ 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? | ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
| 2. Wollen Sie etwas essen? | ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
| 3. Sind Sie durstig? | ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
| 4. Haben Sie einen trockenen Mund? | ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
| 5. Ist Ihnen übel? | ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |
| 6. Haben Sie Bauchschmerzen? | ☐ Ja | ☐ Nein | ☐ Keine Angabe |

Bitte machen Sie weiter mit Fragebogen 4b

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patienten zutrifft



nutritionDay
worldwide

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 | ☐ Glucose |
| ☐ Glutamin | ☐ Vitamin E |
| ☐ MUFA | ☐ Selen |
| ☐ Omega-3-Fettsäuren | |

Vielen Dank!