



nutritionDay
worldwide

nutritionDay מקהיר בית החולים

שאלון
גליון יחידה



תאריך קוד המרכז קוד היחידה

1. מספר כולל של מיטות בית החולים

2. מספר המאושפדים בארחה העיקרית 3. מספר התפוסה (מיטות) במחלקה

4. בחר בתשובה אחת בלבד (מומחיות עיקרית)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> רפואה פנימית <input type="radio"/> כללית <input type="radio"/> קרדיולוגיה <input type="radio"/> מחלות דרכי העיכול & וכבד <input type="radio"/> גריאטריה <input type="radio"/> מחלות זיהומיות <input type="radio"/> נפרולוגיה <input type="radio"/> אונקולוגיה (כולל רדיטרפיה) | <p>כירורגיה</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> כירורגיה כללית <input type="radio"/> כירורגיה לב חזה/כלי דם <input type="radio"/> כירורגיה נירולוגית <input type="radio"/> כירורגיה אורטופדית <input type="radio"/> טראומה <input type="radio"/> אורולוגיה <input type="radio"/> בריאטרי | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> אף, אוזן וגרון <input type="radio"/> גניקולוגיה <input type="radio"/> מחלות מערכת העצבים <input type="radio"/> פסיכיאטריה <input type="radio"/> רופאי ילדים <input type="radio"/> ת-תחומי <input type="radio"/> טיפול ארוך טווח <input type="radio"/> טיפול בבית חולים בבית <input type="radio"/> אחר |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. ליחידות כירורגיות בלבד

*?ERAS האם אתה עושה ERAS? כן לא אני לא יודע

?ERAS האם יש לך פרוטוקול ERAS? כן לא אני לא יודע

?ERAS האם יש לך צוות ERAS? כן לא אני לא יודע

האם אתה עורך מבדק לתוצאות ה-ERAS אצלך במחלקה או מתרגל אותם? כן לא אני לא יודע

5. (כולל צוות נקיין והמנטרים הזמניים של הסקר) המספר הכולל של אנשי הצוות הנוכחים במשמרת בוקר

רופאים

אחיות

6. האם קיימת דיאטנית תזונאית או עוזרת דיאטנית שזמינה למחלקה בעת לפי צורך? כן לא אני לא יודע

7. בחר רק תשובה אחת בכל עמודה (מהי הדרך העיקרית אצלכם במחלקה בה אתם מאתרים או מסננים מטופלים בתת תזונה)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> בקבלה <input type="radio"/> לא מבצעים הערכה באופן שגרתי <input type="radio"/> אין קריטריונים קבועים <input type="radio"/> לפי ניסיון/הערכה חזותית בלבד <input type="radio"/> לפי שקילה/ BMI בלבד <input type="radio"/> בדיקת סיכונים תזונתיים עם ביצוע (NRS) 2002 <input type="radio"/> כלי סקר אוניברסלי לתת-תזונה (MUST) <input type="radio"/> כלי לבדיקת תת-תזונה (MST) <input type="radio"/> SNAQ <input type="radio"/> כלי פורמלי אחר | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> במהלך האשפוז בבית החולים <input type="radio"/> אין ניטור באופן שגרתי <input type="radio"/> אין קריטריונים קבועים <input type="radio"/> לפי ניסיון/הערכה חזותית בלבד <input type="radio"/> לפי שקילה/ BMI בלבד <input type="radio"/> כלי פורמלי אחר |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

8. (סמן את כל התשובות הנכונות) מתי אתם שוקלים את החולים?

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> בקבלה | <input type="checkbox"/> במהלך 24 שעות | <input type="checkbox"/> כל שבוע | <input type="checkbox"/> במהלך השחרור |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> במהלך 48 שעות | <input type="checkbox"/> באופן מיקרי | <input type="checkbox"/> לעולם לא |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> במהלך 72 שעות | <input type="checkbox"/> כשנדרש | |

9. (סמן את כל התשובות הנכונות) מה אתה/עושה במטרה לתמוך בצריכת אוכל בריא?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> מספק ארוחה נוספת או חטיף בין ארוחות | <input type="checkbox"/> מוודא שזמן הארוחה הוא ללא הפרעות / קיימים כללים בזמן הארוחה |
| <input type="checkbox"/> מספק בחירה ממגוון ארוחות | <input type="checkbox"/> מקדם סביבת אכילה חיובית |
| <input type="checkbox"/> עושה שינויים בגודל המנה לפי הצורך | <input type="checkbox"/> מתחשב בהעדפות תרבותיות / דתיות |
| <input type="checkbox"/> התחשבות בצורת ההגשה | <input type="checkbox"/> מתחשב באלרגיות / אי סבילות של החולה |
| <input type="checkbox"/> משנה את מרקם המזון לפי הצורך | <input type="checkbox"/> אחר |
| <input type="checkbox"/> מתייחס ומתחשב בקשיים של החולה באכילה ושתייה | |

תודה רבה!

על ההשתתפות ב-nutritionDay בית החולים
www.nutritionDay.org

2024
V1
עברית
HEBREW
CC BY-NC-ND



* ERAS = Enhanced Recovery After Surgery



nutritionDay
worldwide

nutritionDay מְהִיר בֵּית הַחוּלִים

שְׂאֵלוֹן

בְּנוֹעַ לְחוּלָה



תאריך

מספר חולה

בבקשה המשך רק אם החולה נתן את הסכמתו

תאריך קבלה

שנת לידה

הקבלה לבית החולים הזה היתה

- מתוכננת
- באופן דחוף
- אני לא יודע

מיו

נקבה

זכר

אחר

משקל (kg)

קג'

הערכה

לאחר מדידה

גובה (cm)

ס'מ'

הערכה

לאחר מדידה

- 1 (סמן את כל התשובות הנכונות) אבחנה בעת הקבלה
- 2 (בחר קוד אחד בלבד מלמעלה) הסיבה העיקרית לקבלה
- 3 (סמן את כל התשובות הנכונות) באיזה מצב / תחלואה נלווית נמצא החולה

ICD-10 אבחון	(1) ↓	(2) ↓	(3) ↓
מחלות של מערכת העצבים	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	נלוות ספציפיות
הפרעות נפשיות והתנהגותיות	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלת כלי דם מוחיים
מחלות עיניים כולל חלקי העין	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	שיטיון
תהליך האוזן פטמה	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	הפרעה דיכאונית
מחלות של מערכת הדם	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	הפרעה נפשית כרונית
מחלות של מערכת הנשימה	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	התקף לב
האנדוקרינית, תזונה ומחלות מטבוליות	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	אי ספיקה לבבית
מחלות של מערכת העיכול	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלת ריאה כרונית
מחלות של מערכת המין והשתן	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלת כבד כרונית
מחלות של מערכת השלד השרירים ורקמות חיבור	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלת כליות כרונית
מחלות עור ורקמות תת-עוריות	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלות/בעיות במערכת העיכול
מחלות טפיליות וזיהומיות מסיימות	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלה/בעיות אורולוגיות
גידולים	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלת שרירים-שלד
מחלות הדם ואיברי יוצרי דם והמנגנון החיסוני	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	דלקת פרקים
תסמינים, סימנים וממצאים קליניים ומעבדתיים לא תקינים.	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	בעיות עור
סיבות חיצוניות של תחלואה ותמותה	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלת כלי דם היקפיים
הריון, לידה לאחר לידה	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	מחלות נלוות כלליות
תנאים מסיימים שמקורם בתקופה הסב-לידתית	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	קָאָב
מומים מולדים, דפורמציות פגמים בכרומוזומים	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	עייפות
פגיעה, והרעלה	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	הזְקָקָה
גורמים המשפיעים על מצב בריאות וקשר עם שירותי בריאות	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	סוכרת
Faktoren, die den Gesunde	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	לחץ יָתֵר
אף אחד מהאמור לעיל	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	היפרליפידמיה
			מחלה אנדוקרינית
			סרטן (פעיל)
			היסטוריה של סרטן
			מחלה כרונית אחרת
			מחלות נלוות אחרות
			ללא מחלות נלוות

4. האם החולה הוא סופני? כן לא אני לא יודע

5. האם חולה זה זוהה כסובל מתת תזונה או בסיכון לתת תזונה בתת תזונה בסיכון לא אני לא יודע

6. (סמן תשובה לכל אחד מהבאים) צריכה תזונתית (היום)

אוכל בית החולים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תוספות/ העשרת מזון בית החולים	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
דיאטה מיוחדת	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
תוספות חלבונים/ אנרגיה (לדוג' דרך הפה)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
הזנה אנטרלית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
הזנה פאראנטרלית	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. מצב נוזלים נורמלי עומס יתר התיבשות אני לא יודע



nutritionDay
worldwide

nutritionDay מְהִיר בֵּית הַחוּלִים

שְׂאֵלוֹן
גִּלְיוֹן חוּלָה



תאריך

מספר חולה

יקר חולה,

מחלתך על בסיס מידע לנו יספק המחלקה צוות, בנוסף. ביחידה שלך התזונתי הטיפול את לשפר כדי היום השאלון את למלא ממך מבקשים אנו שלך הרפואי בטיפול שינוי כל ללא שתוצה עת בכל אותה ולהפסיק לטוב יכול ואתה מרצון היא השתתפותך. מקבל אתה אותו הטיפול ועל. האישיים פרטיך את לזהות יהיה ניתן שלא מקודדת בצורה רק ישמרו לידה תאריך או שמך שלך האישיים הנתונים נוספות שאלות על כך לענות ישמח הקשר איש.

1a. האם איבודת משקל במהלך שלושה חודשים אחרונים

- כן, בכונה לא, המשקל שלי נשאר אותו דבר אני לא יודע
- כן, לא בכונה לא, עליתי במשקל אני לא יודע



1b. אם כן כמה קג' איבודת במשקל

 קג'

- אני לא יודע

2. כמה טוב אכלת בשבוע שעבר לפני הקבלה לבית החולים

- יותר מהנורמלי בסביבות 3/4 מהמנה הנורמלית
- נורמלי בסביבות חצי מהמנה הנורמלית
- בערך רבע מכל תכולת המגש או כמעט כלום



3. (מהארוחה העיקרית, צהרים או עת) ציין בבקשה מהי הכמות שאכלת היום בבית החולים



כמעט הכל



חצי



תע



כלום

4. (סמן את כל התשובות הנכונות) אם לא אכלת כלום ממגש הארוחה שלך אגא ציין את הסיבה

- אני לא אוהב את סוג המזון שהוגש יש לי בעיות בבליעה ולעיסה
- אני לא אוהב את ריח טעם המזון בדרך כלל אני אוכל פחות ממה שמוגש
- אני לא אוהב את או טעם המזון יש לי בחילות/הקאות
- המזון לא התאים לתבנות/להעדפות הדתיות שלי הייתי מידי עייף
- האוכל חם מידי אני לא יכול לאכול בלי עזרה
- האוכל קר מידי אני לא מורשה לאכול
- מסיבות של אלרגיה/אי סבילות למזון יש לי בדיקה/ניתוח והפסדתי ארוחה
- לא הייתי רעב בזמן הזה לא קיבלתי את האוכל שביקשתי
- אין לי את התיאבון הרגיל שלי



5. האם יש שינוי בתיאבון שלך במהלך השהיה שלך בבית החולים

- עלה ירד נשאר אותו דבר אני לא יודע

6. היום אני מרגיש...

- חזק יותר מאז הקבלה הגעתי היום
- חלש יותר מאז הקבלה אני לא יודע
- אותו דבר מהקבלה

7. באופן כללי, היית מגדיר את מצבך הבריאותי כ...

- טוב מאוד טוב סביר/הוגן דל רע מאוד

תודה רבה!

על ההשתתפות ב-nutritionDay בבית החולים
www.nutritionDay.org

2024
V1
עברית
HEBREW
CC BY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

nutritionDay בבית החולים
תוצאה של מטופל
nutritionDay 30 יום התזונה

תאריך
קוד המרכז
קוד היחידה

מספר מטופל
תאריך תחילת התזונה
תאריך תחילת המחקר
קוד ICD-10 מספיק
תאריך תחילת המחקר
תאריך תחילת המחקר

תוצאות
תאריך תחילת המחקר
תאריך תחילת המחקר
תאריך תחילת המחקר
תאריך תחילת המחקר

קודם לתוצאות
קודם לתוצאות
קודם לתוצאות
קודם לתוצאות

שם מטופל, תאריך לידה או מזהות מטופל
מידע זה ישמש את היחידה בלבד.

dd.mm.yy	קודי ICD-10	קודי ICD-10		code	code	ימים
		1	2			
123456		1	2	3		
		4	5	6		
		1	2	3		
		4	5	6		
		1	2	3		
		4	5	6		

nutritionDay למארגל nutritionDay

ICD-10 השתמש בקוד אבטחה או 1-
0100 מחלות טפיליות וזיהומיות מסוימות
020001 גידול
0400 מחלות הדם ואברי יוצרי דם והמנגנון החיסוני
0500 הפרעות בפשיית והתנהגותיות
0600 מחלות של מערכת העצבים
0700 מחלות עיניים כולל חלקי העין
0800 חלקי האוזן
0900 מחלות של מערכת הדם
1000 מחלות של מערכת הנשימה

מחלות של מערכת העיכול 1100
מחלות עור ורקמות חתך-עוריות 1200
מחלות של מערכת השלד השרירים והקשר חבור 1300
מחלות של מערכת העין והשתן 1400
הריון, לידה לאחר לידה 1500
תנאים מסוימים שמקורם בתקופה הסב-לידתית 1600
מומים מולדים, דפוסיות פגמים בברומודומי 1700
תסמינים, סימנים וממצאים קליניים ומעבדתיים לא תקינים 1800
פגיעה, והרעה 1900
סיבות היצוניות של תחלואה ותמותה 2000
גורמים המשפיעים על מצב בריאות וקשר עם שירותי בריאות 2100

קודים לתוצאות
1=לא-עדיין בבית החולים
2=חוקר לבית חולים אחר
3=הועבר להמשך טיפול סיעודי
4=שיקום
5=שחרר הביתה
6=פטו
7=אחר

קודים לאשפוז חוזר (יום התזונה nutritionDay)
1=לא-כן חלק מהתכנון בבית החולים
2=כן חלק לא מתוכנן בבית החולים
3=כן חלק מהתכנון של בית החולים אחר
4=כן חלק מלא מתוכנן של בית חולים אחר
5=אני לא יודע
6=אני לא יודע

