



nutritionDay
worldwide

nutritionDay express w szpitalu
Kwestionariusz
ARKUSZ DOTYCZĄCY ODDZIAŁU



Data Kod ośrodka Kod oddziału

1. Całkowita liczba łóżek w szpitalu

2. Liczba hospitalizowanych pacjentów w południe

3. Całkowita liczba łóżek w jednostce/oddziale

4a. Główna specjalizacja (wybierz tylko jedną)

Medycyna wewnętrzna

- Ogólna
- Kardiologia
- Gastroenterologia i Hepatologia
- Geriatria
- Choroby Zakaźne
- Nefrologia
- Onkologia z Radioterapią

Chirurgia

- Ogólna
- Kardio/Naczyniowa/Torakochirurgia
- Neurochirurgia
- Ortopedia
- Urazowa
- Urologia
- Bariatryczna

- Laryngologia
- Ginekologia
- Neurologia
- Psychiatria
- Pediatria
- Interdyscyplinarne
- Opieka długoterminowa
- Opieka szpitalna w domu
- Inne

4b. Tylko dla oddziałów chirurgicznych

- a) Czy uczestniczysz w programie ERAS? Tak Nie Nie wiem
- b) Czy posiadasz protokół ERAS?
- c) Czy masz zespół ERAS?
- d) Czy kontrolujesz wyniki lub praktykę ERAS?

5. Liczba pracowników w jednostce na porannej zmianie (bez personelu sprząającego i tymczasowych pracowników nDay)

Lekarze

Pielęgniarki

6. Czy na oddziale dostępny jest dietetyk? Tak Nie Nie wiem

7. W jaki sposób zazwyczaj ocenia się/monitoruje niedożywienie u pacjentów? (wybierz tylko jedną w kolumnie)

Przy przyjęciu

- Nie wykonuje się rutynowych badań przesiewowych
- Brak ustalonych kryteriów
- Doświadczenie/ocena wizualna
- Tylko ważenie/BMI
- NRS 2002
- MUST
- MST
- SNAQ
- Inne narzędzia

Podczas pobytu w szpitalu

- Brak rutynowej kontroli
- Brak ustalonych kryteriów
- Doświadczenie/ocena wizualna
- Tylko ważenie/BMI
- Inne narzędzia

8. Kiedy rutynowo ważysz swoich pacjentów? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- Przy przyjęciu
- W ciągu 24 godzin
- W ciągu 48 godzin
- W ciągu 72 godzin
- Co tydzień
- Czasami
- Gdy jest wymagane
- Przy wypisie
- Nigdy

9. Co robisz aby pacjent pokrył zapotrzebowanie żywieniowe? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- Propozycja dodatkowych posiłków, przekąsek
- Propozycja wyboru posiłków
- Propozycja różnych wielkości porcji
- Rozważenie prezentacji jedzenia
- Dobieranie tekstury i konsystencji do potrzeb pacjenta
- Uwzględnienie problemów pacjenta z jedzeniem i piciem
- Upewnij się, że spożycie posiłków jest niezakłócone
- Promowanie dogodnych warunków podczas jedzenia
- Uwzględnianie potrzeb kulturowych/religijnych
- Uwzględnienie alergii/nietolerancji pokarmowych u pacjenta
- Inne

DZIĘKUJEMY!

za udział w nutritionDay in Hospital.

www.nutritionDay.org

2024
V1
POLSKI
POLISH
CC BY-NC-ND



* ERAS = Enhanced Recovery After Surgery



nutritionDay
worldwide

nutritionDay express w szpitalu
Kwestionariusz
O PACJENCIE



Data

Numer pacjenta

KONTYNUOWAĆ TYLKO ZA ZGODĄ PACJENTA!

Data przyjęcia na oddział

Przyjęcie do szpitala

- planowe
 pilne
 Nie wiem

Rok urodzenia

Płeć Kobieta Mężczyzna Inne

Masa ciała (kg) kg oceniona zmierzona

Wzrost (cm) cm oceniona zmierzona

1. Diagnoza przy przyjęciu na oddział (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

2. Główna diagnoza/ rozpoznanie/schorzenie (jeden kod wybrany z powyższych)

3. Choroby współistniejące (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

	(1)	(2)		(3)
	DIAGNOZA ICD-10			SPECYFICZNE CHOROBY WSPÓŁCZESNE
	Układ nerwowy	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0600	<input type="checkbox"/> Choroba naczyń mózgowych
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0500		<input type="checkbox"/> Demencja
Choroby oka i przydatków oka	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0700		<input type="checkbox"/> Poważne zaburzenia depresyjne
Ucho i wyrostek sutkowy	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0800		<input type="checkbox"/> Przewlekłe zaburzenia psychiczne
	Układ krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0900	<input type="checkbox"/> Zawał serca
	Układ oddechowy	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1000	<input type="checkbox"/> Niewydolność krążenia
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0400		<input type="checkbox"/> Przewlekła niewydolność płuc
	Układ trawienny	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1100	<input type="checkbox"/> Przewlekła niewydolność wątroby
	Układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1400	<input type="checkbox"/> Przewlekła niewydolność nerek
Układ kostno-mięśniowy i tkanka łączna	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1300		<input type="checkbox"/> Choroba/problemy układu pokarmowego
Skóra i tkanka podskórna	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1200		<input type="checkbox"/> Choroba/problemy urologiczne
Choroby zakaźne i pasożytnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0100		<input type="checkbox"/> Choroba mięśniowo-szkieletowa
Nowotwory	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0200		<input type="checkbox"/> Artretyzm
Krew, narządy krwiotwórcze, choroby autoimmunologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0300		<input type="checkbox"/> Problemy skórne
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1800		<input type="checkbox"/> Choroba naczyń obwodowych
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 2000		
Cięża, poród i połóg	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1500		OGÓLNE CHOROBY WSPÓŁCZESNE
Niekóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1600		<input type="checkbox"/> Ból
Wady rozwojowe wrodzone, aberracje chromosomowe	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1700		<input type="checkbox"/> Zmęczenie
Urazy, zatrucia	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1900		<input type="checkbox"/> Infekcja
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 2100		<input type="checkbox"/> Cukrzyca
Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Nadciśnienie
				<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia
				<input type="checkbox"/> Choroba endokrynologiczna
				<input type="checkbox"/> Rak (aktywny)
				<input type="checkbox"/> Rak w wywiadzie
				<input type="checkbox"/> Inne choroby przewlekłe
				<input type="checkbox"/> INNE CHOROBY WSPÓŁCZESNE
				<input type="checkbox"/> BEZ CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCYCH

4. Czy pacjent jest terminalnie chory? Tak Nie Nie wiem

5. Czy u pacjenta było stwierdzone niedożywienie lub ryzyko niedożywienia?
 Niedożywiony W grupie ryzyka Nie Nie wiem

6. Sposób pokrycia zapotrzebowania (DZISIAJ) (zaznacz odpowiedź dla każdej opcji)

Standardowe jedzenie szpitalne	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem
Wzbogacone jedzenie szpitalne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieta specjalna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteinowe/energetyczne suplementy diety (np. napoje ONS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Żywność dojelitowa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Żywność pozajelitowa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Stan nawodnienia organizmu (DZISIAJ) Normalny Przewodnienie Odwodnienie Nie wiem

DZIĘKUJEMY!
za udział w nutritionDay in Hospital.
www.nutritionDay.org

2024
V1
POLSKI
POLISH
CCBY-NC-ND





Data

Numer pacjenta

Szanowni Państwo,

Prosimy o wypełnienie tej ankiety w celu poprawy opieki żywieniowej w naszym oddziale. Dodatkowo, personel oddziału zwróci się z prośbą o kilka informacji dotyczących rozpoznania choroby i leczenia. Pani (Pana) udział w ocenie jest dobrowolny i może Pani (Pan) w każdej chwili wycofać się z niej bez żadnej zmiany w Pani (Pana) leczeniu.

Osoba wymieniona poniżej udzieli Pani (Panu) niezbędnych dodatkowych informacji w razie potrzeby.

Osoba do kontaktu

1a. Czy schudł Pan(i) w ciągu ostatnich 3 miesięcy?

- Tak, celowo Nie, moja masa ciała się nie zmieniła Nie wiem
 Tak, niezamierzenie Nie, przytyłem



1b. Jeśli tak, ile kg Pan(i) schudł(a)?

 kg

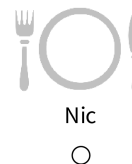
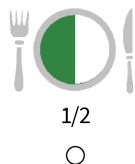
- Nie wiem

2. Jak dużo jadł(a) Pan(i) w tygodniu poprzedzającym przyjęcie do szpitala?

- Więcej niż zwykle Około 3/4 tego co zwykle
 Jak zwykle Około połowy tego co zwykle
 Około 1/4 tego co zwykle lub prawie nic



3. Proszę wskazać, ile zjadł(a) Pan(i), jako główny posiłek (DZISIAJ)?



4. Jeśli nie zjadł(a) Pan(i) całego posiłku, proszę wskazać powód: (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- Jedzenie mi nie odpowiadało Mam problemy z połknięciem/żuciem
 Zapach jedzenia mi nie odpowiadał Zwykle jem mniej niż proponują mi w szpitalu
 Smak jedzenia mi nie odpowiadał Miałem(am) nudności/wymioty
 Jedzenie nie odpowiadało moimi kulturowymi/religijnymi preferencjami Byłem(am) zbyt zmęczony(a)
 Jedzenie było za gorące Nie mogłem(am) jeść bez pomocy
 Jedzenie było za zimne Nie pozwolono mi jeść
 W związku z alergią/nietolerancją Miałem(am) badanie/operację i straciłem(am) posiłek
 Nie byłem(am) głodny(a) Nie otrzymałem(am) oczekiwanego posiłku
 Miałem(am) mniejszy niż zwykle apetyt



5. Czy może Pan(i) chodzić bez pomocy (DZISIAJ)?

- Tak Nie, potrzebuję pomocy Nie wstaję z łóżka



6. W porównaniu do przyjęcia do szpitala DZISIAJ czuję się...

- Silniejszy(a) niż przy przyjęciu do szpitala Dzisiaj zostałem(am) przyjęty(a) do szpitala
 Słabszy(a) niż przy przyjęciu do szpitala Nie wiem
 Tak samo jak przy przyjęciu do szpitala

7. Jak ocenia Pan(i) swój stan zdrowia?

- Bardzo dobrze Dobrze Umiarkowanie Źle Bardzo źle

DZIĘKUJEMY!

za udział w nutritionDay in Hospital.

www.nutritionDay.org



nutritionDay
worldwide

nutritionDay w szpitalu
Wynik pacjenta
30 dni po nutritionDay

Data
Kod ośrodka
Kod oddziału

Imię i nazwisko pacjenta lub naklejka, data urodzenia
Te informacje będą wykorzystywane wyłącznie przez oddział.

	Numer pacjenta	Data wypisu ze szpitala	Rozpoznanie przy wypisie (patrz punkt 1. z kodami)			Dodatkowe kody ICD-10 Proszę wprowadzić nie więcej niż 6 kodów pasujących do historii choroby			Wynik leczenia (patrz punkt 2. z kodami)	Kod ponownej hospitalizacji (patrz punkt 3. z kodami)	Przyjęty na ITM w ciągu 30 dni od nDay	Ponownie operowany po nDay w znieczuleniu ogólnym	Ile dni po nDay	
	123456	dd.mm.rr	kody ICD-10	1	2	3	4	5	6	kod	kod	✓	✓	dni
				1	2	3	4	5	6					
				1	2	3	4	5	6					
				1	2	3	4	5	6					

Ta informacja służy do wprowadzenia do baz danych nutritionDay.

1. Użyj poniższych kodów lub pełnych kodów ICD-10

- 0100 Choroby zakaźnej pasożytnicze
- 0200 Nowotwory
- 0300 Krew, narządy krwiotwórcze, choroby autoimmunologiczne
- 0400 Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej
- 0500 Zaburzenia psychicznej i zaburzenia zachowania
- 0600 Układ nerwowy
- 0700 Oko i przydatki oka
- 0800 Ucho i wyrostek sutkowy
- 0900 Układ krążenia
- 1000 Układ oddechowy

- 1100 Układ trawienny
- 1200 Skóra i tkanka podskórna
- 1300 Układ kostno-mięśniowy i tkanka łączna
- 1400 Układ moczowo-płciowy
- 1500 Ciąża, poród i połóg
- 1600 Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
- 1700 Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe
- 1800 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych
- 1900 Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych
- 2000 Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu
- 2100 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt z usługą zdrowia

2. Kod wyniku

- 1 Nadal w szpitalu
- 2 Przeniesiony do innego szpitala
- 3 Przeniesiony do opieki długoterminowej
- 4 Rehabilitacja
- 5 Wypisany do domu
- 6 Zgon
- 7 Inne

**3. Kod ponownej hospitalizacji
(ponownie przyjęty od nutritionDay)**

- 1 Nie
- 2 Tak, ten sam szpital - hospitalizacja planowana
- 3 Tak, ten sam szpital - hospitalizacja nieplanowana
- 4 Tak, inny szpital - hospitalizacja planowana
- 5 Tak, inny szpital - hospitalizacja nieplanowana
- 6 Nie wiadomo



nutritionDay
worldwide

nutritionDay w szpitalu
Wynik pacjenta
30 dni po nutritionDay

Data
Kod ośrodka
Kod oddziału

Imię i nazwisko pacjenta lub naklejka, data urodzenia
Te informacje będą wykorzystywane wyłącznie przez oddział.

	Numer pacjenta	Data wypisu ze szpitala	Rozpoznanie przy wypisie (patrz punkt 1. z kodami)			Dodatkowe kody ICD-10 Proszę wprowadzić nie więcej niż 6 kodów pasujących do historii choroby			Wynik leczenia (patrz punkt 2. z kodami)	Kod ponownej hospitalizacji (patrz punkt 3. z kodami)	Przyjęty na ITM w ciągu 30 dni od nDay	Ponownie operowany po nDay w znieczuleniu ogólnym	Ile dni po nDay	
	123456	dd.mm.rr	kody ICD-10	1	2	3	4	5	6	kod	kod	✓	✓	dni
				1	2	3	4	5	6					
				1	2	3	4	5	6					
				1	2	3	4	5	6					
				1	2	3	4	5	6					

Ta informacja służy do wprowadzenia do bazy danych nutritionDay.