



nutritionDay  
worldwide

nutritionDay express v bolnišnici  
vprašalnik  
ODDELČNI LIST



Datum

Oznaka centra

Oznaka enote

1. Celotno število postelj v bolnišnici

2. Število hospitaliziranih bolnikov med glavnim obrokom

3. Maksimalna posteljna kapaciteta oddelka

4a. Vodilna specialnost (izberi samo eno)

Intrena Medicina

- Splošno
- Kardiologija
- Gastroenterologija In Hepatologija
- Geriatrija
- Infekcijske Bolezni
- Nefrologija
- Onkologija (Vključno Z Radioterapijo)

Kirurgija

- Splošna
- Kardiovaskularna, Kardiorakalna
- Nevrokirurgija
- Ortopedija
- Travmatologija
- Urologija
- Bariatrična

- Otorinolaringologija
- Ginekologija in porodništvo
- Nevrologija
- Psihiatrija
- Pediatrija
- Interdisciplinarno
- Dolgotrajna obravnava
- Bolnišnična oskrba na domu
- Drugo

4b. Samo za kirurške enote

- Ali delate ERAS?  Da  Ne  Nevem
- Ali imate protokol ERAS?
- Ali imate ekipo ERAS?
- Ali preverjate svoje rezultate/prakso ERAS?

5. Število posameznega osebja na oddelku med jutranjo izmeno (izključena čistilna služba in začasno osebje med nDay)

Zdravniki

Medicinske sestre

6. Ali je oddelku po potrebi na razpolago dietetik, nutricionist ali pomočnik dietetika?  Da  Ne  Nevem

7. Kako VEČINOMA izvajate presejanje bolnikov na podhranjenost? (izberi samo en odgovor v vsakem stolpcu)

Ob sprejemu

- Brez rutinskega presejanja
- Ni določenega kriterija
- Izkušnje / samo vizualni vtis
- Samo tehtanje / ITM
- Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Malnutrition Screening tool (MST)
- SNAQ
- Drugo formalno orodje

Med hospitalizacijo

- Brez rutinskega nadzora
- Ni določenega kriterija
- Izkušnje / samo vizualni vtis
- Samo tehtanje / ITM
- Drugo formalno orodje

8. Kdaj tehtate bolnike? (označite vse, kar ustreza)

- Ob sprejemu  Znotraj 24 ur  Vsak teden  Ob odpustu
- Znotraj 48 ur  Občasno  Nikoli
- Znotraj 72 ur  Na zahtevo

9. Kako bolnikom zagotavljate zadosten vnos hrane? (označite vse, kar ustreza)

- Priskrbite dodatne obroke ali prigrizke  Zagotavljate mir med uživanjem hrane
- Omogočite izbiro obrokov  Vzpodbujate pozitivno okolje za hranjenje
- Ponudite različno velike obroke  Upošteвате kulturne / verske posebnosti
- Pomislite na izgled obroka  Upošteвате bolnikove alergije / preobčutljivosti
- Spremenite teksturo/konsistenco hrane, če potrebno  Drugo
- Upošteвате bolnikove težave s hranjenjem in pitjem

HVALA!

za sodelovanje na nutritionDay v bolnišnici.

www.nutritionDay.org

2024  
V1  
SLOVENŠČINA  
SLOVENIAN  
CC BY-NC-ND



\* ERAS = Enhanced Recovery After Surgery



nutritionDay  
worldwide

nutritionDay express v bolnišnici  
vprašalnik  
O VAŠEM BOLNIKU



Datum

Bolnikova številka

**PROSIM NADALJUJTE LE V PRIMERU  
PRISTANKA BOLNIKA!**

Datum sprejema

Leto rojstva

Ta hospitalizacija je

- Načrtovana
- Nujna
- Nevem

Spol  Ženske  Moški  Drugo

Masa/teža (kg)  kg  ocenjena  izmerjena

Višina (cm)  cm  ocenjena  izmerjena

1. Diagnoza ob sprejemu (  označite vse, kar ustreza)
2. Vodilni razlog sprejema (  samo ena šifra od zgoraj naštetih)
3. Katera stanja / pridružene bolezni ima bolnik? (  označite vse, kar ustreza)

DIAGNOZA ICD-10	(1)	(2)	(3)	POSEBNE KOMORBIDNOSTI
Bolezni živcevja	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0600		<input type="checkbox"/> Možgansko-žilna bolezen
Duševne in vedenjske motnje	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0500		<input type="checkbox"/> Demenca
Bolezni očesa in adneksov	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0700		<input type="checkbox"/> Težja depresivna motnja
Bolezni ušesa in mastoida	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0800		<input type="checkbox"/> Kronična duševna bolezen
Bolezni obtočil	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0900		<input type="checkbox"/> Miokardni infarkt
Bolezni dihal	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1000		<input type="checkbox"/> Srčno popuščanje
Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) Bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0400		<input type="checkbox"/> Kronična pljučna bolezen
Bolezni prebavil	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1100		<input type="checkbox"/> Kronična jetrna bolezen
Bolezni sečil in spolovil	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1400		<input type="checkbox"/> Kronična ledvična bolezen
Bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1300		<input type="checkbox"/> GI bolezen/težave
Bolezni kože in podkožja	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1200		<input type="checkbox"/> Urološke bolezni/težave
Nekatere infekcijske in parazitske Bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0100		<input type="checkbox"/> Mišično-skeletna bolezen
Neoplazme	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0200		<input type="checkbox"/> Artritis
Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere Bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 0300		<input type="checkbox"/> Težave s kožo
Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1800		<input type="checkbox"/> Periferna žilna bolezen
Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 2000		<b>SPLOŠNE KOMORBIDNOSTI</b>
Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1500		<input type="checkbox"/> Bolečina
Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1600		<input type="checkbox"/> Utrujenost
Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nepravilnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1700		<input type="checkbox"/> Okužba
Poškodbe, zastupitve	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1900		<input type="checkbox"/> Sladkorna bolezen
Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 2100		<input type="checkbox"/> Hipertenzija
Nič od zgoraj navedenega	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemija	
			<input type="checkbox"/> Endokrina bolezen	
			<input type="checkbox"/> Rak (aktiven)	
			<input type="checkbox"/> Zgodovina raka	
			<input type="checkbox"/> Druga kronična bolezen	
			<b>DRUGE KOMORBIDNOSTI</b>	
			<input type="checkbox"/> BREZ SPOROČALNIH BOLEZEN	

4. Ali je bolnik terminalno bolan?  Da  Ne  Nevem

5. Ali je bil bolnik prepoznan za podhranjenega ali za podhranjenost ogroženega?  
 Podhranjen  Ogrožen  Ne  Nevem

6. Vnos hrane (DANES) (označi vsak odgovor)

Običajna bolnišnična hrana	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevem
Ojačana / obogatena bolnišnična hrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posebna prehrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beljakovinski / energetski dodatki (npr. EPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enteralna prehrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parenteralna prehrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Tekočinsko stanje (DANES)  Normalno  Prenalit  Dehidriran  Nevem

**HVALA!**  
za sodelovanje na nutritionDay v bolnišnici.  
www.nutritionDay.org

2024  
V1  
SLOVENŠČINA  
SLOVENIAN  
CCBY-NC-ND





Datum

Bolnikova številka

Spoštovani pacient,

prosimo vas, da danes izpolnite ta vprašalnik, da bi izboljšali našo prehransko oskrbo na oddelku.

Poleg tega nam bo osebje oddelka posredovalo nekaj osnovnih informacij o vaši diagnozi in zdravljenju.

Vaše sodelovanje je prostovoljno in ga lahko kadar koli prekličete, ne da bi se pri tem spremenilo vaše trenutno zdravljenje.

Osebni podatki, kot sta ime ali datum rojstva, ne bodo obdelani ali shranjeni, obdelava pa bo potekala le v (večkrat) šifrirani obliki.

Spodaj navedena oseba bo z veseljem odgovorila na vsa vaša dodatna vprašanja.

Kontaktna oseba

### 1a. Ali ste izgubili telesno težo v zadnjih 3 mesecih?

- Da, namerno  Ne, teža je enaka  Nevem  
 Da, nenaмерно  Ne, sem se zredil



### 1b. Če je odgovor da, koliko kg ste izgubili?

 kg

- Nevem

### 2. Koliko ste pojedli v tednu pred sprejemom?

- Več kot običajno  Približno 3/4 običajnega  
 Običajno  Približno 1/2 običajnega  
 Približno 1/4 običajnega ali skoraj nič



### 3. Prosim označite koliko bolnišnične hrane ste DANES pojedli za kosilo ali večerjo?



Skoraj vse



1/2



1/4



Nič

### 4. Če niste pojedli celega obroka, zakaj ne? (označite vse, kar ustreza)

- Ni mi bila všeč vrsta hrane  Imam težave z žvečenjem / požiranjem  
 Ni mi bil všeč vonj hrane  Navadno jem manj  
 Ni mi bil všeč okus hrane  Slabo mi je / bruham  
 Hrana ni ustrezala mojim kulturnim / verskim navadam  Bil sem preveč utrujen  
 Hrana je bila prevroča  Ne morem jesti brez pomoči  
 Hrana je bila prehladna  Niso mi dovolili jesti  
 Zaradi prehranskih alergij / preobčutljivosti  Obrok sem izpustil/a zaradi preiskav oz. operacije  
 Nisem bil lačen  Nisem dobil zahtevane hrane  
 Nimam običajnega apetita



### 5. Ali lahko DANES hodite sami brez pomoči?

- Da  Ne, samo z pomočjo  Ne, sem samo v postelji



### 6. DANES se počutim...

- Močnejši kot ob sprejemu  Sprejet sem bil danes  
 Šibkejši kot ob sprejemu  Nevem  
 Enako kot ob sprejemu

### 7. Vaše splošno zdravstveno stanje je po vašem mnenju...



Zelo dobro



Dobro



Zadovoljivo



Slabo



Zelo slabo

HVALA!

za sodelovanje na nutritionDay v bolnišnici.

www.nutritionDay.org



nutritionDay  
worldwide

**nutritionDay v bolnišnici**  
**Izid zdravljenja**  
**30 dni po nutritionDay**

Datum  
Oznaka centra  
Oznaka enote


Ime bolnika, nalepka bolnika ali rojstni datum  
Te podatke bo uporabljala samo enota.

Ime bolnika, nalepka bolnika ali rojstni datum Te podatke bo uporabljala samo enota.	Številka bolnika	Datum odpusta	Odpustna diagnoza (poglejte tabelo 1 za šifre)			Dodatne kode ICD-10 Vnesite do 6 šifer, po istem vrstnem redu kot v vaši dokumentaciji			Izid (poglejte tabelo 2 za šifre)	Ponovni sprejem po nDay (poglejte tabelo 3 za šifre)	Sprejet v oddelek intenzivne terapije v 30 dneh po dnevu nDay	Ponovno operiran po nDay v splošni anesteziji	Koliko dni po nDay
	123456	dd.mm.ll	KodeICD-10	KodeICD-10	KodeICD-10	koda	koda	✓	✓	dni			
			1	2	3								
			4	5	6								
			1	2	3								
			4	5	6								
			1	2	3								
			4	5	6								

Te informacije so namenjene nosu v podatkovno zbirko nutritionDay.

<p><b>1. Uporabite ICD-10 šifre ali spodaj našteje šifre</b></p> <p>0100 Nekatere infekcijske in parazitske Bolezni 0200 Neoplazme 0300 Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere Bolezni udeleženi imunski odziv 0400 Endokrine, prehranske (nutricijske) in presnovne (metabolične) Bolezni 0500 Duševne in vedenjske motnje 0600 Bolezni živčevja 0700 Bolezni očesa in adneksov 0800 Bolezni ušesa in mastoida 0900 Bolezni obtočil 1000 Bolezni dihal</p>	<p>1100 Bolezni prebavil 1200 Bolezni kože in podkožja 1300 Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva 1400 Bolezni sečil in spolovil 1500 Nosečnost, porod in poporodno obdobje (puerperij) 1600 Nekatera stanja, ki izvirajo v perinatalnem (obporodnem) obdobju 1700 Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nepravilnosti 1800 Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi 1900 Poškodbe, zastrupitve in nekateri drugi posledice zunanjih vzrokov 2000 Zunanji vzroki obolenosti in umrljivosti 2100 Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo</p>	<p><b>2. Šifre izida</b></p> <p>1 Še vedno v bolnišnici 2 Premješčen v drugo bolnišnico 3 Premješčen v negovalno ustanovo 4 Rehabilitacija 5 Odpuščen domov 6 Smrt 7 Drugi</p>	<p><b>3. Šifra ponovnega sprejema (ponovno sprejet iz nutritionDay)</b></p> <p>1 Ne 2 Da, ista bolnišnica, načrtovan sprejem 3 Da, ista bolnišnica, nenačrtovan sprejem 4 Da, druga bolnišnica, načrtovan sprejem 5 Da, druga bolnišnica, nenačrtovan sprejem 6 Ni znano</p>
---	---	--	--



nutritionDay  
worldwide

**nutritionDay v bolnišnici**  
**Izid zdravljenja**  
**30 dni po nutritionDay**

Datum  
Oznaka centra  
Oznaka enote


Ime bolnika, nalepka bolnika ali rojstni datum  
Te podatke bo uporabljala samo enota.

	Številka bolnika	Datum odpusta	Odpustna diagnoza (poglejte tabelo 1 za šifre)			Dodatne kode ICD-10 Vnesite do 6 šifer, po istem vrstnem redu kot v vaši dokumentaciji			Izid (poglejte tabelo 2 za šifre)	Ponovni sprejem po nDay (poglejte tabelo 3 za šifre)	Sprejet v oddelek intenzivne terapije v 30 dneh po dnevu nDay	Ponovno operiran po nDay v splošni anesteziji	Koliko dni po nDay
			KodeICD-10	KodeICD-10	KodeICD-10	koda	koda	✓					
	123456	dd.mm.ll											
				1	2	3							
				4	5	6							
				1	2	3							
				4	5	6							
				1	2	3							
				4	5	6							

Te informacije so namenjene vnosu v podatkovno zbirko nutritionDay.