



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

1. Liczba łóżek na OIT

Aktualna

Maksymalna

2. Rodzaj OIT:

Internistyczny OIT

Chirurgiczny OIT

Wielospecjalistyczny OIT

Intensywnego nadzoru

Inne

3. Czy oddział intensywnej terapii regularnie wypisuje pacjentów do oddziału opieki pośredniej?

Tak

Nie

Nie wiem

4. Czy istnieje klinika po OIOM-ie?

Tak

Nie

Nie wiem

5. Czy po wypisie ze szpitala prowadzone są regularne badania kontrolne?

Tak

Nie

Nie wiem

6. Łączna liczba personelu na OIT:

	Całkowita liczba	Pełne etaty
Intensywista		
Anestezjolog		
Internista		
Pediatra		
Chirurg		
Pielegniarki		
Pomoce pielęgniarские		
Dietetycy/asystenci dietetyków		
Fizjoterapeuci		
Farmaceuta		
Inne		

7. Czy w OIT jest osoba wyznaczona do prowadzenia leczenia żywieniowego?

Tak

Nie

Nie wiem

8. Czy w szpitalu jest Zespół Leczenia Żywieniowego?

Tak

Nie

Nie wiem

9a. Czy są opracowane pisemne procedury leczenia żywieniowego?

Tak

Nie

Nie wiem

9b. Jeżeli tak, to jakie...

Zalecenia krajowe

Protokół żywienia w OIT

Wytyczne międzynarodowe

Indywidualne plany opieki nad chorym

10. W jaki sposób ocenia się stan fizyczny i odżywienia na oddziale intensywnej terapii?

Waga/wzrost

Ogólna ocena kliniczna

Poziom mobilności

Brak

Poziom kruchości

Parametry laboratoryjne

GLIM

Inne

11. Jakie parametry oceniasz pod kątem stanu fizycznego i odżywienia na OIT?

Siła

Masa mięśniowa- oceniana w USG

Masa mięśniowa CT

BIA

12. Jaki jest docelowy poziom podaży energii u pacjenta w 7. dobie pobytu na OIT?

kcal/kg/dzień

Nie wiem

13. Jaka jest docelowa podaż białka u pacjenta w 7. dobie pobytu na OIT?

kcal/kg/dzień

Nie wiem

14. Jaką metodą oceniasz docelową podaż energii u pacjenta?

Kalorymetria pośrednia

Cel oparty na wadze

Inne

VCO2

Równanie

Nie dotyczy (NA)

15. Jakiej masy ciała używasz?

Rzeczywista masa ciała

Szacowana masa ciała

Idealna masa ciała

Skorygowana masa ciała (wytyczne ESPEN)

DZIĘKUJEMY!

za udział w nutritionDay na Oddziale Intensywnej Terapii

www.nutritionDay.org



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

Data przyjęcia do OIT

Data przyjęcia do szpitala

Wiek (lat)

Płeć Kobieta Mężczyzna Inne

Wzrost cm oceniona(y) zmierzona(y)

Waga kg oceniona(y) zmierzona(y)

(jeżeli chory jest po operacji, podaj masę przedoperacyjną)

INFORMACJE O PACJENCIE PRZED PRZYJĘCIEM NA OIT

1. Przyjęty na OIT z

- Sali operacyjnej
- Izby przyjęć
- Innego OIT-u
- Oddziału szpitalnego (innego niż OIT)
- Innej instytucji
- Domu
- Inne
- Nie wiem

2. Mobilność

- Porusza się samodzielnie
- Porusza się z pomocą
- Przykuty do łóżka
- Nie dotyczy (NA)

3. Czy pacjent był operowany?

- Planowa operacja
 - Nagła operacja
 - Brak operacji
 - Nie wiem
- dni od operacji

PRZY PRZYJĘCIU NA OIT: [(4)&(6) zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie] / [(5) jeden kod wybrany z powyższych]

Diagnoza przy przyjęciu na oddział (4)	(5)	Główna diagnoza/schorzenie	(6)
DIAGNOZA ICD-10	↓		↓ SPECYFICZNE CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE
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	OGÓLNE CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE
Ciąża, poród i połóg <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1500	<input type="checkbox"/> Ból
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1600	<input type="checkbox"/> Zmęczenie
Wady rozwojowe wrodzone, aberracje chromosomowe <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1700	<input type="checkbox"/> Infekcja
Urazy, zatrucia <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1900	<input type="checkbox"/> Cukrzyca
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	2100	<input type="checkbox"/> Nadciśnienie
Żadne z powyższych <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia
			<input type="checkbox"/> Choroba endokrynologiczna
			<input type="checkbox"/> Nowotwór (aktywny)
			<input type="checkbox"/> Nowotwór w wywiadzie
			<input type="checkbox"/> Inne choroby przewlekłe
			<input type="checkbox"/> INNE CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE
			<input type="checkbox"/> BEZ CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCYCH



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

7. Główna przyczyna zależności od intensywnej terapii (w dniu przyjęcia)

- Choroba jamy brzusznej Kardiologiczny Płucny Urazy
 Oparzenia Neurologiczny Sepsa Inne
 Nerki Metaboliczny Transplantacja

8. Skala śpiączki GLASGOW (ocena całkowita jeśli pacjent nie będzie sedowany)

Oczu	Kontakt słowny	Reakcja ruchowa
<input type="radio"/> 1=nie otwieranie oczu	<input type="radio"/> 1 = bez reakcji	<input type="radio"/> 1=bez reakcji
<input type="radio"/> 2=na bodźce bólowe	<input type="radio"/> 2 = niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie	<input type="radio"/> 2=patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie
<input type="radio"/> 3=na polecenie	<input type="radio"/> 3 = odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk	<input type="radio"/> 3=atologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie
<input type="radio"/> 4=spontaniczne	<input type="radio"/> 4 = odpowiedź splątana, pacjent dezorientowany	<input type="radio"/> 4=reakcja obronna/wycofanie bodźca bólowego
	<input type="radio"/> 5 = odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby	<input type="radio"/> 5=pacjent lokalizuje bodziec bólowy
		<input type="radio"/> 6=spełnianie ruchowych poleceń słownych

lub podać całkowity wynik w skali śpiączki Glasgow

9. WARTOŚCI LABORATORYJNE W DNIU PRZYJĘCIA NA OIT

Wartość	Jednostka	MIN	MAX	Wartość	Jednostka	MIN	MAX
pH				Krwinki białe	<input type="radio"/> 10 ⁹ /μL <input type="radio"/> G/L		
pCO ₂	mmHg			Płytki krwi	<input type="radio"/> 10 ⁹ /μL <input type="radio"/> G/L		
PaO ₂	mmHg			Kreatynina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		
FiO ₂				Mocznik w surowicy	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Mleczany	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L			lub Azot mocznika we krwi	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Glukoza	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L			Sód	<input type="radio"/> mmol/L		
Czynność serca	uderzeń/r			Potas	<input type="radio"/> mmol/L		
Ciśnienie skurczowe krwi	mmHg			Fosforany	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Temperatura	<input type="radio"/> °C <input type="radio"/> °F			Bilirubina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		
Diureza	ml/24h						

10. ZAKAŻENIA w ciągu ostatnich 10 dni

Zapalenie płuc	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie dotyczy (NA)
Zakażenie dróg moczowych	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie dotyczy (NA)
Cewnik naczyniowy	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie dotyczy (NA)
Zakażenie rany	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie dotyczy (NA)
Dodatni wynik posiewu krwi	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie dotyczy (NA)

DIĘKUJEMY!

za udział w nutritionDay na Oddziale Intensywnej Terapii

www.nutritionDay.org



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

1. Ograniczenie opieki

Nie DNR (Nie podejmować resuscytacji) Ograniczona terapia (Bez eskalacji leczenia) Opieka paliatywna terminalna

2. Pozycja Na brzuchu Na wznak

3. Sedacja Nie Okresowo Ciągła

4. Sedowany za pomocą propofolu? Nie Tak ml/d

5. Bloker nerwowo-mięśniowy Brak Okresowo Ciągła

6. Kontrola bólu

Opioidy Blokada bólu regionalnego Inne leki sedujące Brak
 Zewnętrzznopow Alfa2-agoniści Inne analgetyki

ODDECHOWY

7. Dostęp oddechowy

Tracheostoma Maska tlenowa
 Rurka dotchawicza Nie
 Maski/hełm CPAP Nie dotyczy (NA)

8. Wspomaganie wentylacji (ponad 8 godzin)

Inwazyjna Insufiacja tlenu
 Nieinwazyjna Powietrze atmosferyczne
 Tlenoterapia wysoko przepływową Nie dotyczy (NA)

9. Czy pacjent oddycha spontanicznie? Tak Nie

10. Czy u pacjenta przeprowadzono próbę odzwyczajania od respiratora? Tak Nie

11. ECMO Nie żylna żylna-tętnicza

KRĄŻENIE

12. Zastosowanie leków wazoaktywnych (więcej niż 1 godzinę w ciągu doby)

Lek wazodilatacyjny Lek wazopresyjny Leki inotropowe Nie

13. Dawka amin presyjnych Niska dawka noradrenaliny <0.1 mcg.kg-1.h-1 Wysoka dawka noradrenaliny >0.1 mcg.kg-1.h-1

14. Insulinoterapia

IU/dzień Przerwana Ciągła Pen Brak

NERKI

15. Leki moczopędne Brak Okresowo Ciągła

16. Leczenie nerkozastępcze Hemodiafiltracja Hemodializa Nie
 Hemofiltracja Dializa otrzewnowa

17. Płyny dożylne Roztwór krystaloidów (NaCl, mleczan Ringera itp.) Roztwór glukozy

18. Zastosowanie antybiotyków Tak Nie Nie wiem

Proszę kontynuować 3b

www.nutritionDay.org



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

MOBILIZACJA DZISIAJ

19. Poziom dzisiejszej mobilizacji

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fizjoterapia | <input type="checkbox"/> Jazda na rowerze w łóżku | <input type="checkbox"/> Siedzenie | <input type="checkbox"/> Nie (dozwolone) |
| <input type="checkbox"/> Ćwiczenia oporowe | <input type="checkbox"/> Elektryczna stymulacja mięśni | <input type="checkbox"/> Stanie | <input type="checkbox"/> Nie (nie dozwolone) |
| <input type="checkbox"/> Terapia oddechowa | <input type="checkbox"/> Pasywny zakres ruchu | <input type="checkbox"/> Ambulatoryjne | |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapia | <input type="checkbox"/> Aktywne poruszanie się w łóżku | | |

20. Czas trwania sesji mobilizacji min Nie wiem Nie dotyczy (NA)

21. Kto pomógł podczas mobilizacji?

- Pielęgniarka/pomoc pielęgniarska Fizjoterapeuta Rodzina Inne

22. Reakcja pacjenta na sesję mobilizacji

- Duszność Zwiększona częstość oddechów Pocenie się Inne
 Zmęczenie mięśni Wysoka częstość akcji serca Brak reakcji Nie dotyczy (NA)

23. Siła mięśniowa MRC - zgięcie przedramienia (średnia obu stron)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 0= brak skurczu | <input type="radio"/> 3= aktywny ruch przeciw grawitacji |
| <input type="radio"/> 1= śladowy skurcz, ale brak ruchu | <input type="radio"/> 4= aktywny ruch przeciw grawitacji i oporowi |
| <input type="radio"/> 2= aktywny ruch z wyeliminowaniem grawitacji | <input type="radio"/> 5= normalna siła |
| | <input type="radio"/> nie można ocenić |

24. DZISIEJSZE WARTOŚCI LABORATORYJNE

Wartość	Jednostka	MIN	MAX
pCO2	mmHg		
PaO2	mmHg		
FiO2			
ScvO2	%		
Mleczany	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Glukoza	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Diureza	ml/24h		
Krwinki białe	<input type="radio"/> 10 ³ /μL <input type="radio"/> G/L		
Płytki krwi	<input type="radio"/> 10 ³ /μL <input type="radio"/> G/L		
Kreatynina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		
Mocznik w surowicy lub Azot mocznika we krwi	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L <input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Potas	mmol/L		
Fosforany	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Bilirubina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		

25. Delirium

- Nie
 CAM-ICU pozytywny
 Podejrzanie delirium (CAM-ICU nie wykonano)

26. Skala RASS (Skala pobudzenia i sedacji Richmond)

- 4 Agresywny
3 Bardzo wzburzony
2 Wzburzony
1 Niespokojny
0 Czujny i spokojny
-1 Senny
-2 Lekka sedacja
-3 Umiarkowana sedacja
-4 Głęboka sedacja
-5 Bez reakcji

Aby uzyskać więcej informacji należy zapoznać się z arkuszem objaśniającym

27. NEMS

- 1 Podstawowe monitorowanie
2 Dożylna podaż leków
3 Wentylacja mechaniczna
4 Podtrzymywanie oddychania
5 Pojedynczy lek wazoaktywny
6 Wiele leków wazoaktywnych
7 Leczenie nerkozastępcze
8 Specyficzna interwencja w OIT
9 Specyficzne interwencje poza OIT

Aby uzyskać więcej informacji należy zapoznać się z arkuszem objaśniającym

DZIĘKUJEMY!

za udział w nutritionDay na Oddziale Intensywnej Terapii

www.nutritionDay.org



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

1. Jakie cewniki lub zgłębniki ma chory ?

- Żyła centralna Przeskórna endoskopowa gastrostomia Żyła obwodowa
 Zgłębnik nosowo-żołądkowy Przeskórna endoskopowa jejunostomia (PEJ) Cewnikowanie tętnicy płucnej
 Zgłębnik nosowo-jelitowy Cewnik centralny wprowadzany obwodowo (PICC) Inne

2. Sposób żywienia

- Doustny Dojelitowe Pozajelitowe Bez żywienia

3. Liczba dni żywienia pozajelitowego w OIT

dni

Nie dotyczy (NA)

4. Liczba dni żywienia dojelitowego w OIT

dni

Nie dotyczy (NA)

5. Czas trwania żywienia dojelitowego

godziny

Okresowo

Ciągła

6. Przyczyna przerwania leczenia żywieniowego

- Nietolerancja Transport Inne
 Operacja Badanie refluku żołądkowego Nie dotyczy (NA)

7. Zaplanowana podaż energii na najbliższe 24 godziny

kcal/kg/dzień

OR: <500 kcal/dzień 500-999 kcal/dzień 1000-1499 kcal/dzień 1500-2000 kcal/dzień >2000 kcal/dzień

8. Objętość zalegającej treści w żołądku (maks.)

ml

9. Leczenie prokinetyczne:

- Erytromycyna Metoklopramid Nie

10. Zaparcia > 3 dni

- Tak Nie Nie wiem

11. Biegunka

- Tak Nie Nie wiem

12. Wymioty

- Tak Nie Nie wiem

13. Ciśnienie wewnętrzbrzuszne

mmHg

nie zmierzone

14. Czy jest możliwe żywienie doustne

- Tak Nie Nie wiem

4b. jeśli tak, co pacjent je/pije?

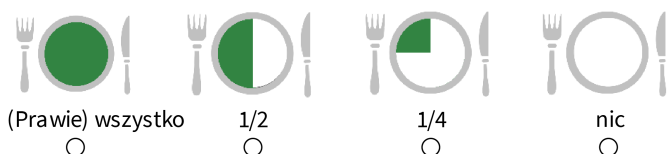
- Jedzenie: Normalne jedzenie szpitalne
 Papki lub jogurt
 Inne
- Picie: Doustne suplementy diety
 Zagęszczone płyny
 Płyny
 Inne

14c. jeśli nie, dlaczego karmienie doustne nie jest możliwe?

- Chory sedowany
 Nie pozwolono jeść
 Nie może połykać
 Po zachłyśnięciu
 Problem z protezą zębową
 Inne



15. ODŻYWIANIE DOUSTNE - Proszę podać ilość spożywanego jednego wybranego posiłku



- Obiad
 Kolacja
 Nie dotyczy (NA)

Proszę kontynuować 4b

www.nutritionDay.org



Data

Kod ośrodka

Kod oddziału

Numer pacjenta

DOJELITOWEJ/POZAJELITOWEJ

16. Czy pacjent otrzymuje żywienie dojelitowe?

NAZWA

KOD

Tak Nie Nie wiem

Ten produkt jest przemysłowy dieta miksowana

Ten produkt za wiera kcal/ml g białka/L

Zaplanowana ilość na dzień: ml/24h lub kcal/24h

Ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: ml/24h lub kcal/24h

17. Czy pacjent otrzymuje białko w proszku?

g/24h białka Nie

18. Czy pacjent jest żywiony pozajelitowo?

NAZWA

KOD

Tak Nie Nie wiem

Ten produkt jest przemysłowy (2w1) przemysłowy (3w1) dieta miksowana

Ten produkt za wiera kcal/ml g białka/L

Zaplanowana ilość na dzień: ml/24h lub kcal/24h

Ilość podana w ciągu ostatnich 24 godz: ml/24h lub kcal/24h

19. Czy pacjent otrzymuje dodatkowe produkty żywieniowe?

Pozajelitowo Dojelitowo Nie

20a Czy pacjent otrzymuje multiwitaminy?

liczba fiolek/dzień Nie wiem

b... pierwiastki śladowe?

liczba fiolek/dzień Nie wiem

c... witamina B1 (tiamina)?

Tak Nie Nie wiem

d... kwas tłuszczowy omega-3 (olej rybny)?

Tak Nie Nie wiem

e... glutamina?

Tak Nie Nie wiem

f...dodatkowe aminokwasy?

g/24h Nie wiem

21. ZAPYTAJ SWOJEGO PACJENTA

a. Czy jesteś głodny? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

b. Czy chcesz coś zjeść? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

c. Czy masz pragnienie? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

d. Czy odczuwasz suchość w ustach? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

e. Czy masz nudności? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

f. Czy masz bóle brzucha? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

g. Czy odczuwasz niepokój? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

h. Czy czujesz się przygnębiony? Tak Nie Nie dotyczy (NA)

DZIĘKUJEMY!

za udział w nutritionDay na Oddziale Intensywnej Terapii

www.nutritionDay.org



nutritionDay
worldwide

nutritionDay na OIT
Wynik pacjenta
60 dni po nutritionDay

Data
Kod ośrodka
Kod oddziału

Numer pacjenta	Data wypisu ze szpitala	Data wypisu z OIT	Diagnoza wypisu z OIT (patrz punkt 1. kodami!)	Wynik leczenia (patrz punkt 2. kodami!)	Data readmisyj do szpitala	Operowany po nutritionDay? w ciągu 60 dni od rny	Dni po zabiegu w zliczeniu ogólnym
dd.mm.yy	dd.mm.yy	kody ICD-10	kod	dd.mm.yy	dd.mm.yy	1,2,3,...	
123456							

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

Ta informacja służy do wprowadzenia do bazy danych nutritionDay.

1. Użyj poniższych kodów lub pełnych kodów ICD-10

- 0100 Choroby zakaźnej pasażerów
- 0200 Nowotwory
- 0300 Krew, narządy krwiotwórcze, choroby autoimmunologiczne
- 0400 Zaburzenia wydzielenia wewnętrzznego, stanu odżywienia i przemiany materii
- 0500 Zaburzenia psychicznej zaburzenia zachowania
- 0600 Układ nerwowy
- 0700 Oko i przydatki oka
- 0800 Ucho i wyrostki słuchowe
- 0900 Układ krążenia
- 1000 Układ oddechowy

2. Kod wyniku

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

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 kotooporodowym
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



nutritionDay
worldwide

nutritionDay na OIT
Wynik pacjenta

60 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		Diagnoza wypisu z OIT		Wynik leczenia		Data readmisyj do szpitala		Operowany po nutritionDay?		Dni po zabiegu w zliczeniu ogólnym
	dd.mm.yy	dd.mm.yy	kody ICD-10	kod	(patrz punkt 2, kodami!)	(patrz punkt 2, kodami!)	dd.mm.yy	dd.mm.yy	w ciągu 60 dni od rday	1,2,3,...	
123456											

Ta informacja służy do wprowadzenia do bazy danych nutritionDay.