Prosím, označte správná políčka, která se vztahují k Vašemu zařízení

nutritionDay worldwide

Domov s pečovatelskou službou

List 1

Datum

Center-Code

Kód oddělení

Počet klientů na oddělení

Maximální počet klientů na oddělení

Maximální počet klientů v zařízení

Je na oddělení k dispozici nutriční terapeutka, nutricionista nebo výživový poradce?

- ○ Ano
- ○ Ne

Je na vašem oddělení nejaká osoba pověřena péčí o výživu?

- ○ Ano
- ○ Ne

Zjišťujete u svých klientů pravidelně přítomnost podvýživy či rizika podvýživy? (zvolte jen jednu možnost)

- ○ Jednou při přijetí
- ○ Přibližně 1x měsíčně
- ○ 4 - 6x ročně
- ○ 1 - 2x ročně
- ○ Nikdy

K hodnoceni podvýživy či rizika podvýživy všech klientů používáte (lze vybrat více možností):

- ○ Body Mass Index (BMI)
- ○ Změny v hmotnosti
- ○ Monitorace příjmu potravy
- ○ Klinický obraz
- ○ Screening podvýživy (MNA-SF, MUST, NRS,…)
- ○ Ostatní

Jak často obvykle vážíte své klienty? (zvolte jen jednu možnost)

- ○ Jednou při přijetí
- ○ Přibližně 1x měsíčně
- ○ 4 - 6x ročně
- ○ 1 - 2x ročně
- ○ Nikdy

Děkujeme

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

Vyplňte prosím údaje týkající se klienta

nutritionDay worldwide

Domov s pečovatelskou službou
List 2

Datum ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Kód centra ☐☐☐☐☐
Kód oddělení ☐☐☐☐☐

Souhlas ○ Písemný/ústní ○ Odmítnuto
Klient se účastnil v uplynulém roce ○ Ano ○ Ne
Klient číslo ☐☐☐
Jméno (2 písmena) ☐☐
Příjmení (2 písmena) ☐☐
Rok narozeni (RRRR) ☐☐☐☐

Datum přijetí ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Pohlaví ○ Muž ○ Žena
Výška (m) ☐☐☐
Aktuální hmotnost (kg) ☐☐☐☐
Hmotnot (kg) před 3 měsíci ☐☐☐☐
Hmotnost (kg) před rokem ☐☐☐☐

Čas potřebný pro základní péči
○ Nepotřebuje péči
○ < 45 min denně
○ 45 - 119 min denně
○ 120 - 239 min denně
○ > 240 min denně

Mobilita
○ Upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní
○ Schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí
○ Samostatná chůze bez omezení

Klient je schopný verbálního/ non-verbálního vyjadřování
○ Ano ○ Ne

Kognitivní stav
○ Vážná demence
○ Mírná demence
○ Bez demence

Deprese
○ Těžká deprese
○ Mírná deprese
○ Bez deprese

Diagnózy vyžadující péči (možno vybrat více možností)
○ Zhoubný nador
○ Mozek, nervy: např. demence, CMP, ROS, Parkinsonova choroba
○ Kostra/kosti/svaly
○ Srdce, cévy, plíce: např. infarkt myokardu, srdeční nedostatečnost, CHOPN
○ Ostatní

Akutní onemocnění nebo psychická zátěž v uplynulých 3 měsících?
○ Ano ○ Ne

Překvapilo by Vás, kdyby klient zemřel v následujících…..
…6 měsících? ○ Ano ○ Ne ○ Nevím ○ Žádná odpověď
… 4 týdnech? ○ Ano ○ Ne ○ Nevím ○ Žádná odpověď

Počet současně užívaných léků denně ☐☐

Antidepresiva	○ Ano	○ Ne
Antibiotika	○ Ano	○ Ne
Opiáty	○ Ano	○ Ne
Sedativa	○ Ano	○ Ne
Antipsychotika/neuroleptika	○ Ano	○ Ne

Podvýživa	○ Ano	○ Riziko podvýživy	○ Ne
Dehydratace	○ Ano		○ Ne
Porucha polykání	○ Ano		○ Ne
Žvýkací problémy	○ Ano		○ Ne
Perorální výživa	○ Ano		○ Ne
Pokud ano: **Mixovaná dieta**	○ Ano		○ Ne
Obohacená dieta	○ Ano		○ Ne
Perorální doplňky výživy (např. siping)	○ Ano		○ Ne
Sondová výživa	○ Ano		○ Ne
Parenteralni vyziva	○ Ano		○ Ne
Infuze tekutin	○ Ano		○ Ne

Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?
○ Velké snížení
○ Mírné snížení
○ Nesnížil se

Jak dobře jedl klient v uplynulém týdnu?
○ Více než obvykle
○ Normálně
○ Trochu méně než obvykle
○ Mnohem méně než obvykle
○ Nic
○ Nic, dostával sondovou výživu či parenterální výživu

Vyznačte, prosím, jakou porci snědl klient k dnešnímu obědu
○ 3/4 porce nebo vše
○ 1/2
○ 1/4
○ Nic
○ Nic, dostával sondovou výživu či parenterální výživu
○ Nevím

Potřeboval klient při jídle pomoci?
○ Ano ○ Ne

Děkujeme

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

Vyplňte prosím údaje vztahující se k Vašemu oddělení

nutritionDay worldwide

všichni sledovaní obyvatelé!

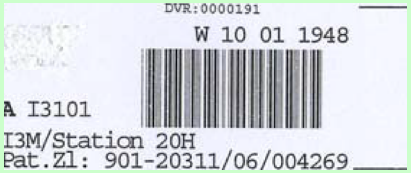
Kódování
A=Stále v domově důchodců
B=Přemístěn do jiného domova důchodců
C=Propusten domu
D=Zemrel
E=Ostatní

Kód centra

Kód oddělení

Datum

datum závěrečného zhodnocení

		Výsledek po 6 měsících						
jméno, pøíjmení, datum narození **značka obyvatele**	**Klient číslo**	**bydlící po 6 měsících**	**datum přemístění na jinou jednotku, úmrtí,…**	**aktuální hmotnost (kg)**	***V posledních 6 měsíců***			**Komentáře**
					hospitalizaci		**počet pádů**	
					počet	**v dnech**		
				vyplnit pouze, pokud platí A, D nebo E				
	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

Děkujeme

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany