nutritionDay WORLDWIDE

Arkusz 1_onko

Kod ośrodka [2] ☐☐☐☐☐

Kod oddziału [3] ☐☐☐☐☐

Czy w Państwa jednostce działa system dokumentacji elektonicznej? [9]	◯ TAK ◯ NIE
Czy leczenie żywieniowe jest elemetem ogólnego planu leczenia chorych onkologicznych? [9]	◯ TAK ◯ NIE
Jeśli tak, to w jaki sposób stanowi część ogólnego postępowania? [38]	
jest rutynowo rozważane jako element leczenia	☐
w sytuacji gdy chory o to poprosi	☐
kiedy stwierdza się utratę masy ciała >10%	☐
w opiece paliatywnej	☐
w innej sytuacji, proszę opisać jakiej	
Jeżeli nie, to dlatego, że ... [10]	
brak jest dowodów na skuteczność	☐
brak wiedzy w tej dziedzinie	☐
brak refundacji	☐
żywienie karmi nowotwór	☐
inne powody	☐
Jaki rodzaj leczenia żywieniowego jest stosowany u chorych onkologicznych? [10]	
zgodnie z programem żywienia	☐
obliczenie zapotrzebowania	☐
monitoring diety doustnej oraz stosowanie doustnych suplementów pokarmowych	☐
żaden	☐
inne powody	☐
Jeżeli nie, to dlatego, że ... [10]	
brak jest dowodów na skuteczność	☐
brak doświadczenia	☐
brak refundacji	☐
brak dietetyków	☐
brak innych fachowców	☐
inne powody	☐

Jak często w oddziale badane są następujące parametry i jakich przy tym używa się metod? [39]

	rutynowo	przy każdej chemioterapii	kiedy to konieczne	nigdy	?
Dane antropometryczne/budowa organizmu					
masa ciała	◯	◯	◯	◯	◯
pomiary antropometryczne (obwód)	◯	◯	◯	◯	◯
BIA	◯	◯	◯	◯	◯
tomografia komputerowa	◯	◯	◯	◯	◯
DEXA	◯	◯	◯	◯	◯
inne powody	◯	◯	◯	◯	◯
Czynność organizmu					
siła uścisku dłoni	◯	◯	◯	◯	◯
tst 6-minutowego marszu	◯	◯	◯	◯	◯
inne powody	◯	◯	◯	◯	◯
Zapotrzebowanie na składniki odżywcze, wyliczone	◯	◯	◯	◯	◯
Podaż składników ozywczych					
każdy posiłek	◯	◯	◯	◯	◯
1 posiłek dziennie	◯	◯	◯	◯	◯
2 posiłki dziennie	◯	◯	◯	◯	◯
zapis 24-godzinny	◯	◯	◯	◯	◯
inne powody	◯	◯	◯	◯	◯

Kto wypełnił kwestionariusz (Arkusz_1 onkologia) [11]

◯ dietetyk ◯ pielęgniarka ◯ lekarz ◯ żywieniowiec ◯ inne powody

Każdy wykładnik odpowiada numerowi w wyjaśnieniach

©nutritionDay oncology group for nutritionDay worldwide
nutritionDay worldwide - audyt przekrojowy miedzynarodowy

Arkusz 2_onco Arkusz Nr° [18] ☐☐ Kod ośrodka [2] ☐☐☐☐☐ Kod oddziału [3] ☐☐☐☐☐

"Oddziały z wszystkimi pacjentami chorującymi na choroby nowotworowe"

nutritionDay WORLDWIDE

Arkusz 2_onco

Pacjent ☐☐☐☐ (4 inicjały) [4]	Numer chorego [5]	Ambulatorium (o)/ Oddział (w) [40]	Cel leczenia [41]	Powód przyjęcia [42]	Rozpoznanie nowotworu (aktualna) [43]	Czas, który upłynął od postawienia rozpoznania choroby nowotworowej [44]	Stopień zaawansowania choroby nowotworowej [45]	Czas od rozpoczęcia terapii choroby nowotworowej [46]	Stan terapii [47]	Infekcje [48]	Parametry lab. (CRP) tylko jeżeli już dokonano oceny [50]	Parametry lab. (Albumina) tylko jeżeli już dokonano oceny [50]	Leczenie żywieniowe [51]
Inicjały	N°	o/w	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	mg/dL mg/L	g/L g/dL	1-10

CEL LEDZENIA
c= z intencją wyleczenia
p= paliatywne
t= terminalne

POWÓD PRZYJĘCIA
1= diagnostyka
2= leczenie
3= zaplanowana operacja
4= powikłania podczas leczenia
5= osłabiony organizm
6= utrudniona niezależna opieka

ROZOPOZNANIE NOWOTWORU (aktualna)
1= pierś
2= okrężnica,odbytnica
3= prostata
4= płuco
5= skóra
6= nerka/pęcherz moczowy
7= żołądek/przełyk
8= trzustka
9= chłoniak
10= ENT
11= białaczka
12= drogi rodne
13=wątroba
14= mięsak
15= mózg
16= jądro
17= inny

CZAS OD ROZPOZNANIA
1= 0-2 miesięcy
2= 3-5 miesięcy
3= 6-12 miesięcy
4= 1-2 lata
5= 2-4 lata
6= > 4 lata

LOKALIZACJA RAKA
0= rak in situ
I= ograniczony miejscowo
II= wczesne stadium zaawansowania
III= późne stadium zaawansowania miejscowego
IV= przerzuty odległe

CZAS OD ROZPOCZĘIA PIERWSZEJ TERAPII
1= bez terapii
2= ocena zaawansowania guza/diagnoza
3= 0-2 miesięcy
4= 3-5 miesięcy
5= 6-12 miesięcy
6= 1-2 lata
7= 2-4 lata
8= > 4 lata

STAN TERAPII
1= diagnoza
2= Chemoterapja 1. Rzedu
3= Chemotherapy > 1. Rzedu
4= radioterapia
5= leczenie celowane
6= terapia hormonalna
7= leczenie paliatywne
8= powikłania związane z chorobą nowotworową
9= powikłania związane z leczeniem
10= powikłania związane z operacją

INFEKCJE
1= żadne
2= lokalne
3= uogólnione

LECZENIE ŻYWIENIOWE
1= bez specjalnej diety
2= indiwidualnie dopasowana dieta
3= wzbogacona energia /wzbogacona białkiem ONS
4= żywienie dojelitowe (przez NGT / PEG)
5= żywienie pozajelitowe
6= ONS wzbogacony specjalnymi składnikami odżywczymi
7= specjalne skladniki (EPA, rozgałęzione aminokwasy, glutamina, arginina, karnitina)
8= osobiste preferencje
9= poradnictwo żywieniowe
10= inne

Każdy wykładnik odpowiada numerowi w wyjaśnieniach

©nutritionDay oncology group for nutritionDay worldwide

nutritionDay WORLDWIDE

Onkol Arkusz pacjenta_3

Data [1] _ _ / _ _ / _ _ _ _

Numer chorego [5]

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Zwracamy się do Pani/ Pana z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Pomoże to poprawić opiekę żywieniową w oddziale. Chcielibyśmy zapytać w jakiej kondycji fizycznej Pani/ Pan się znajduje?

Proszę sprawdzić ⊗ **albo wypełnić** m

DZIĘKUJEMY ZA POMOC!

Inicjały pacjenta: [4] dwie pierwsze litery imienia ☐☐ e pierwsze litery nazwiska ☐☐

Ile ważyła Pani/Pan przedzachorowaniem? [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Nie wiem

Ile Pani/Pan waży obecnie? [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Nie wiem

Czy zmania wagi była zamierzona czy niezamierzona? [54]

◯ zamierzona ◯ niezamierzona ◯ waga nie uległa zmianie

Proszę zaznaczyć co najlepiej oddaje Pana stan w ostatnim tygodniu : [55]

	w ogóle	troszkę	minimalnie	bardzo dużo
Miał/a Pan/i bóle?	◯	◯	◯	◯
Potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	◯	◯	◯	◯
Odczuwał/a Pan/i osłabienie?	◯	◯	◯	◯
Czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	◯	◯	◯	◯
Był/a Pan/i zmęczony/a?	◯	◯	◯	◯
Ból przeszkadzał Panu/i w codziennych zajęciach?	◯	◯	◯	◯
Odczuwał/a Pan/i brak apetytu?	◯	◯	◯	◯

Proszę zaznaczyć co najlepiej oddaje obecny stan: [55]

	w ogóle	troszkę	minimalnie	bardzo dużo
Miał/a Pan/i bóle?	◯	◯	◯	◯
Potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	◯	◯	◯	◯
Odczuwał/a Pan/i osłabienie?	◯	◯	◯	◯
Czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	◯	◯	◯	◯
Był/a Pan/i zmęczony/a?	◯	◯	◯	◯
Czy ból przeszkadza w codziennych czynnościach?	◯	◯	◯	◯
Czy mam Pani/ Pan brak apetytu?	◯	◯	◯	◯

Jeżeli apetyt lub ilość przyjmowane pokarmu uległa zmianie, proszę zaznaczyć dlaczego? [10]

☐ nudności/wymioty
☐ zapalenie błony śluzowej jamy ustnej
☐ bol
☐ zaparcia
☐ biegunka
☐ zmiany smaku/ zapachu
☐ uczucie pełności/utrata apetytu
☐ inne

Które z poniższych aktywnosci może Pani/Pan w dalszym ciągu wykonywać w maksymalnym stopniu (proszę zaznaczyć jedno)? [56]

◯ uprawianie sportu
◯ pełna aktywność
◯ niewielka zdolność do wysiłku
◯ daję radę troszczyć się o siebie
◯ daję radę troszczyć się o siebie ale tylko częściowo
◯ nie daję rady opuścić łóżka lub krzesła

Jakie leki przyjmuje Pani/Pan poza lekami od lekarza? [10]

☐ nic
☐ herbara ziołowa
☐ odżywki
☐ preparaty witaminowe
☐ inne leczenie
☐ inne

Jakie aktywność Pani/ Pan uprawia? [10]

☐ nic
☐ psychoterapia
☐ joga
☐ medytacja
☐ relaksacja mięśni
☐ Qigong
☐ inne

Czy trudno było pogodzić to z leczeniem? [9] ◯ TAK ◯ NIE ◯ Nie wiem

Czy potrzebolał/a Pan/Pani pomocy by wypełnić tą ankiete? [9] ◯ TAK ◯ NIE ◯ Nie wiem

Czy wierzy Pan/Pani w to, że za pomocą zmiany żywienia w Pana/Pani terapii moze się polepszyć Pana/Pani sytuacja zdrowotna? [9] ◯ TAK ◯ NIE ◯ Nie wiem

Każdy wykładnik odpowiada numerowi w wyjaśnieniach

©nutritionDay oncology group for nutritionDay worldwide
nutritionDay worldwide - audyt przekrojowy miedzynarodowy