

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok): ... .. / ... .. / ... ..

Nr hist. chor.: .....

PESEL: .....

**FORMULARZ przesiewowej oceny stanu odżywienia**

Imię, nazwisko .....

Płeć: M ☐ ; Ż ☐

Data urodzenia: (dzień/mies./rok) ..... / ... / ..... Wiek: (lata, mies.): .....

masa ciała.....kg                      centyle.....\* .....

wysokość ciała ..... cm                      centyle.....\* .....

masa-do-długości (wysokości) centyle: .....\* .....

BMI ..... centyle: .....\* .....

Obwód głowy: ..... cm; centyle: .....\* (dotyczy niemowląt) .....

4.Inne: .....

.....

..... (proszę wpisać źródło, np.  
polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

.....

.....  
W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:

pozajelitowego  
dojelitowego

TAK  
☐ TAK

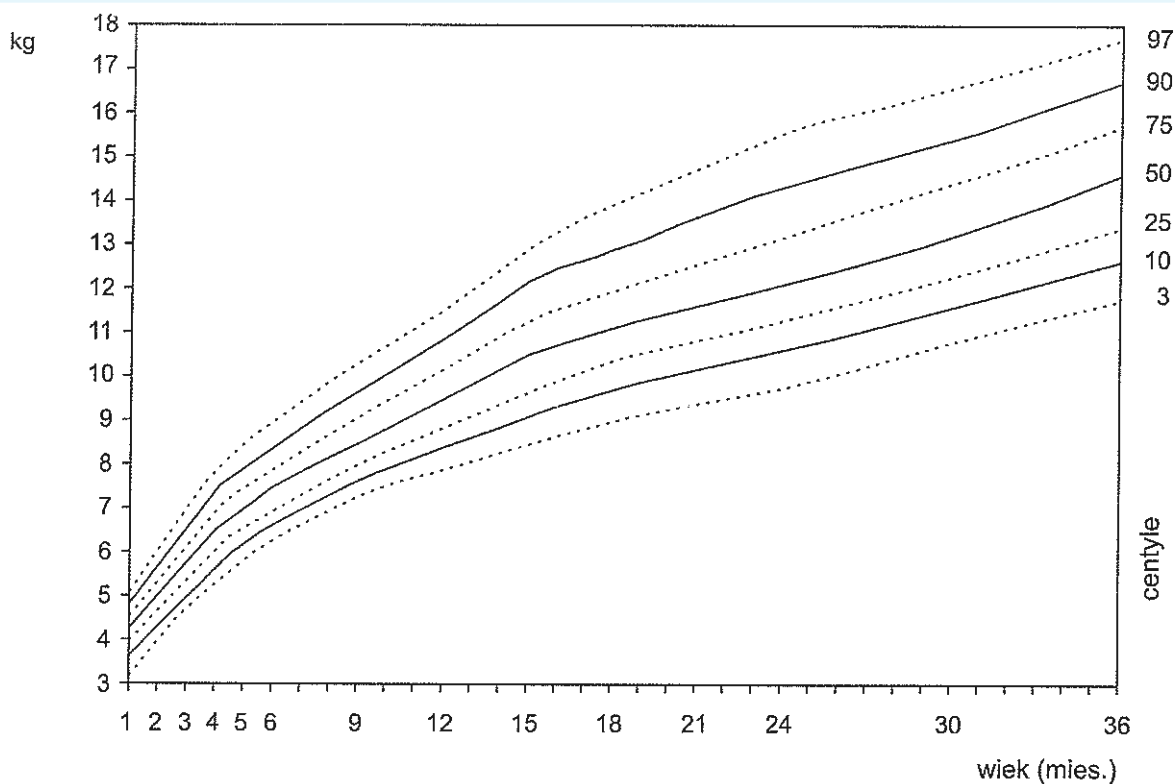
☐ NIE  
☐ NIE

Uwagi: .....

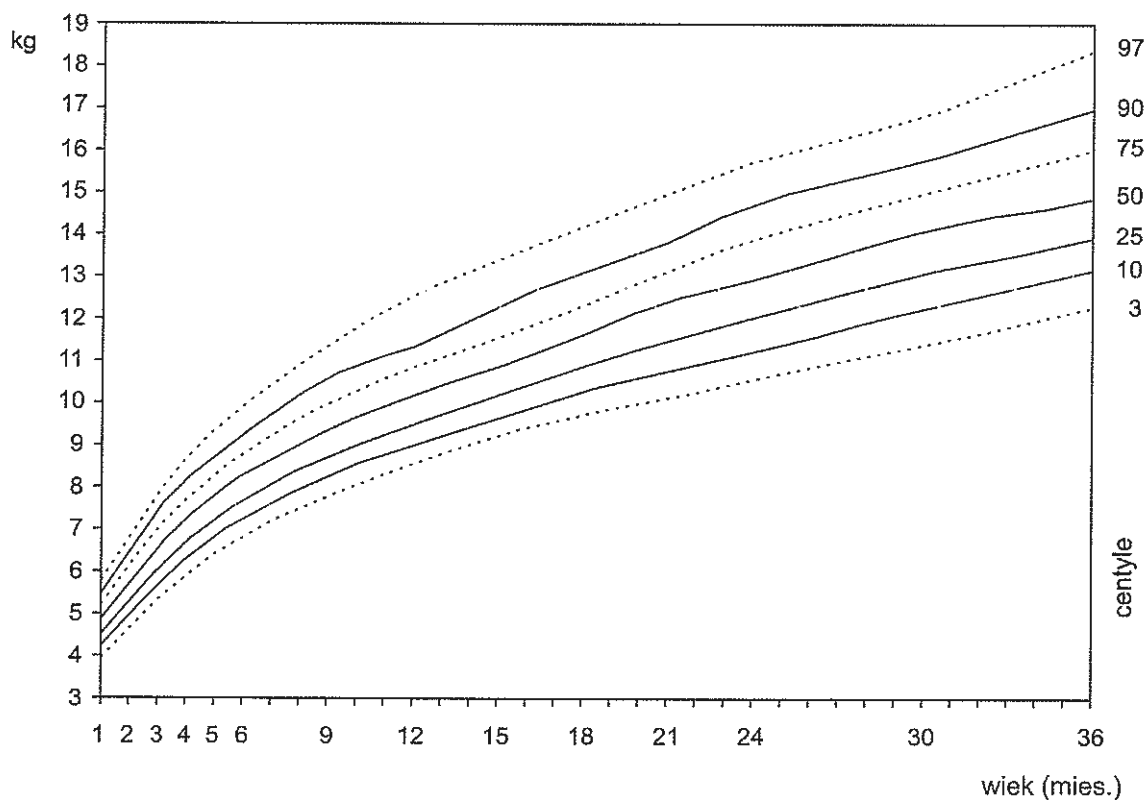
.....

.....

.....  
podpis i pieczętka lekarza



Siatka centylowa masy ciała dziewcząt od 1 do 36 miesiąca życia (wg I. Palczewskiej, Z. Niedźwieckiej 2001)



Siatka centylowa masy ciała chłopców od 1 do 36 miesiąca życia (wg I. Palczewskiej, Z. Niedźwieckiej 2001)