

SUBIEKTYWNA SKALA OCENY STANU ODŻYWIENIA(SGA)

I. Wywiad		
1.	Wiek (lata) pleć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	wzrost (cm) masa ciała (kg)
2.	Zmiana masy ciała	utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg)(%) zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach: <input type="checkbox"/> zwiększenie <input type="checkbox"/> bez zmian <input type="checkbox"/> zmniejszenie
3.	Zmiany w przyjmowaniu pokarmów	<input type="checkbox"/> bez zmian <input type="checkbox"/> zmiany: czas trwania (tygodnie) Rodzaj diety: <input type="checkbox"/> zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych <input type="checkbox"/> dieta płynna kompletna <input type="checkbox"/> dieta płynna hipokaloryczna <input type="checkbox"/> głodzenie
4.	Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)	<input type="checkbox"/> bez objawów <input type="checkbox"/> Nudności <input type="checkbox"/> Wymioty <input type="checkbox"/> Biegunka <input type="checkbox"/> Jadłowstręt
5.	Wydolność fizyczna	<input type="checkbox"/> bez zmian <input type="checkbox"/> zmiany: czas trwania (tygodnie) rodzaj: <input type="checkbox"/> praca w ograniczonym zakresie <input type="checkbox"/> chodzi <input type="checkbox"/> leży
6.	Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:	wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> mały <input type="checkbox"/> średni <input type="checkbox"/> duży
II. Badania fizykalne		
1.	należy określić stopień zaawansowania: 0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki)	<input type="checkbox"/> utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej <input type="checkbox"/> zanik mięśni (czworogłowy, naramienny) <input type="checkbox"/> obrzęk nad kością krzyżową <input type="checkbox"/> obrzęk kostek <input type="checkbox"/> wodobrzusze
III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		
	<input type="checkbox"/> A. prawidłowy stan odżywienia <input type="checkbox"/> B. podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia <input type="checkbox"/> C. wyniszczenie	

DATA

PODPIS OSOBY WYKONUJACEJ OCENĘ
dietetyk
(alternatywnie pielęgniarka lub lekarz)
nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis