

1.Κύρια ειδικότητα (Διαλέξτε μόνο ένα)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ | <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ |
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | <input type="radio"/> ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ |
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΛ | <input type="radio"/> ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ |
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ | <input type="radio"/> ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ |
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | <input type="radio"/> ΤΡΑΥΜΑ |
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ | <input type="radio"/> ΩΤΟΡΙΝΙΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ |
| <input type="radio"/> ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
(ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ) | <input type="radio"/> ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ |
| <input type="radio"/> ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ | <input type="radio"/> ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ |
| <input type="radio"/> ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ | <input type="radio"/> ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ |
| <input type="radio"/> ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ | <input type="radio"/> ΑΛΛΟΙ |

2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΚΥΡΙΟ ΓΕΥΜΑ

3. ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ

4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΝΗ ΒΑΡΔΙΑ (ΕΞΑΙΡΩΝΤΑΣ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΤΟΥ nDAY)

	Εκπαιδευμένος	Εκπαιδευόμενος
ΙΑΤΡΟΙ		
ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	NA	
ΝΟΣΟΚΟΜΟΙ-ΕΣ		
ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ		
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ		
ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΙ		
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		NA
Άλλο προσωπικό που εμπλεκείται στη φροντίδα ασθενών		

5. ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΜΑΔΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

6. ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

8. ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ/ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ Ή ΒΟΗΘΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΟΤΑΝ ΖΗΤΗΘΕ ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Υπάρχει προσωπικό υπεύθυνο για την παροχή βοήθειας κατά τις ώρες των γευμάτων; ΝΑΙ ΟΧΙ

10. ΠΩΣ ΚΑΝΕΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΟΝΔΥΝΟΥ; (ΔΙΑΛΕΞΤΕ ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΣΤΗ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ΔΕΝ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ
 - ΧΩΡΙΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ
 - ΕΜΠΕΙΡΙΑ/ ΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΞ ΟΨΕΩΣ
 - ΖΥΓΙΣΗ/ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΜΣ
 - Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
 - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 - Malnutrition Screening tool (MST)
 - SNAQ
 - Άλλο αναγνωρισμένο εργαλείο
- ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΕΙΣΤΕ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- ΔΕΝ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ
 - ΧΩΡΙΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ
 - ΕΜΠΕΙΡΙΑ/ ΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΞ ΟΨΕΩΣ
 - ΖΥΓΙΣΗ/ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΜΣ
 - Άλλο αναγνωρισμένο εργαλείο
- ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΕΙΣΤΕ

Παρακαλώ συνεχίστε με τη σελίδα 1β

11a. Χρησιμοποιείτε συστηματικά γραπτές οδηγίες για τη διατροφική φροντίδα; ΝΑΙ ΟΧΙ

11b. Αν ναι, ποιες χρησιμοποιούνται κυρίως

- ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ Οδηγίες σε επίπεδο Κλινικής
 ΕΘΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ οδηγίες Ατομικό σχέδιο διατροφικής φροντίδας για τον ασθενή
 Οδηγίες σε επίπεδο Νοσοκομείου Άλλος

12. ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΣΑΣ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ; (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- Προσεκτική παρακολούθηση σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑ σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 αναπτύσσετε εξατομικευμένο ανά ασθενή σχέδιο διατρ... σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 Αντιμετώπιση/ διατροφική παρέμβαση σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 Συμβουλή από ειδικό σε θέματα διατροφής (διαιτολόγος, διατροφολόγος, κ.λ.π) σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 Συμβουλή από άλλο επαγγελματία υγείας σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 Υπολογισμός ενεργειακών αναγκών σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ
 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ σε κίνδυνο ΚΑΚΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ

13. ΠΟΤΕ ΖΥΓΙΖΕΤΑΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν) ΟΤΑΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ

- ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΜΕΣΑ ΣΕ 48 ΩΡΕΣ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΞΙΤΗΡΙ
 ΜΕΣΑ ΣΕ 24 ΩΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ 72 ΩΡΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ ΠΟΤΕ

14. Τι κάνετε για να υποστηρίξετε την επαρκή διατροφική πρόσληψη; (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- Χορήγηση επιπλέον γευμάτων ή σνακ μεταξύ των γευμάτων Διασφάλιση του αδιατάραχτου των ωρών σίτισης / Πολιτική προστασίας ωρών σίτισης
 Χορήγηση επιλογών στα γεύματα Προώθηση ενός θετικού περιβάλλοντος σίτισης
 Αλλαγή στο μέγεθος της μερίδας αν απαιτείται Φροντίδα για την ικανοποίηση πολιτιστικών/ θρησκευτικών προτιμήσεων
 Φροντίδα παρουσίασης γεύματος Φροντίδα για αλλεργίες/ δυσανεξίες του ασθενούς Άλλος
 Αλλαγή της υφής/ πυκνότητας των τροφών αν απαιτείται Φροντίδα για αλλεργίες/ δυσανεξίες του ασθενούς Άλλος
 Καταγραφή των δυσκολιών του ασθενούς για την σίτιση και την κατανάλωση υγρών

15. Ποιες πρακτικές που σχετίζονται με τη διατροφή εφαρμόζονται στο νοσοκομείο σας; (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- Διαθεσιμη διατροφική εκπαίδευση
 Αναφορά προβλημάτων σχετικών με τη διατροφή στη διοίκηση του νοσοκομείου
 Δείκτες ποιότητας καταγράφονται και αναφέρονται σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο
 Δείκτες ποιότητας χρησιμοποιούνται για εσωτερική διαπίστευση
 Η γνώμη των ασθενών για το φαγητό και τις υπηρεσίες σίτισης συλλέγεται με τη χρήση ερωτηματολογίων

16. Κατά την εισαγωγή ποιές ερωτήσεις γίνονται και καταγράφονται; (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- τις αλλαγές στο βάρος τις συνήθειες διατροφής τη διατροφή πριν την εισαγωγή

17. Σε ποιές φόρμες υπάρχει συγκεκριμένο τμήμα για τη σίτιση, τη διατροφή και την κακή θρέψη; (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

α. Το ιατρικό ιστορικό έχει τμήμα για...

- την επισημάνση αν ο ασθενής είναι δυσθρεπτικός ή σε κίνδυνο δυσθρεψίας τη διατροφική αντιμετώπιση

β. Το εξιτήριο

- συνοψίζει τη διατροφική θεραπεία που έλαβε ο ασθενής στη νοσηλεία του
 δίνει μελλοντικές διατροφικές οδηγίες

18. Υπάρχει φυλλάδιο με διατροφικές πληροφορίες διαθέσιμο για τους ασθενείς στο νοσοκομείο σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Ποιος συμπλήρωσε αυτή τη σελίδα (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- Προϊστάμενος Νοσηλεύτρια Διοικητικό προσωπικό
 Διαιτολόγος Ιατρός Άλλος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!

1. Συνολικός αριθμός κρεβατιών στο νοσοκομείο

2. Συνολικός αριθμός εισαγωγών στο νοσοκομείο το τελευταίο έτος

3. Συνολικός αριθμός εργαζομένων στο νοσοκομείο

	Συνολικός αριθμός	Ισοδύναμα πλήρους εργασίας
Σύνολο Ιατρών		
Ειδικευμένοι		
Ιατροί άνευ ειδικότητας		
Νοσηλεύτριες/τριες		
Διαιτολόγοι		
Διατροφολόγοι		
Φαρμακοποιοί		
Εργαζόμενοι στις υπηρεσίες σίτισης		

4. Έχει το νοσοκομείο στρατηγική για τη διατροφική φροντίδα; ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

5. Ποιές αρχές και συνήθειες τακτικές που σχετίζονται με τη διατροφή υπάρχουν στο νοσοκομείο σας;

- Διατροφική εκπαίδευση διαθέσιμη
- Συντονιστική επιτροπή διατροφής
- Ποιοτικοί δείκτες καταγράφονται και αναφέρονται σε εθνικό/ τοπικό επίπεδο
- Ποιοτικοί δείκτες χρησιμοποιούνται για εσωτερική διαπίστευση
- Η γνώμη του ασθενούς συλλέγεται με τη χρήση ερωτηματολογίου

6. Ποιοί κωδικοί είναι διαθέσιμοι/ χρησιμοποιούνται στην πράξη στο νοσοκομείο για τη χρέωση και την ασφαλιστική κάλυψη;

Διαθέσιμοι κωδικοί	Κωδικοί που χρησιμοποιούνται συνήθως
<input type="checkbox"/> Διατροφική υποστήριξη	<input type="checkbox"/> Διατροφική υποστήριξη
<input type="checkbox"/> Πόσιμα συμπληρώματα διατροφής	<input type="checkbox"/> Πόσιμα συμπληρώματα διατροφής
<input type="checkbox"/> ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή	<input type="checkbox"/> ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή
<input type="checkbox"/> ΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή	<input type="checkbox"/> ΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή
<input type="checkbox"/> Διατροφική συμβουλευτική	<input type="checkbox"/> Διατροφική συμβουλευτική
<input type="checkbox"/> Ειδικές διαιτητικές παρεμβάσεις	<input type="checkbox"/> Ειδικές διαιτητικές παρεμβάσεις
<input type="checkbox"/> Ανίχνευση διατροφικού κινδύνου	<input type="checkbox"/> Ανίχνευση διατροφικού κινδύνου
<input type="checkbox"/> Κίνδυνος κακής θρέψης	<input type="checkbox"/> Κίνδυνος κακής θρέψης
<input type="checkbox"/> Δυσθρεψία (γενικά)	<input type="checkbox"/> Δυσθρεψία (γενικά)
<input type="checkbox"/> Βαρύτητα δυσθρεψίας (π.χ. ήπια, μέτρια, σοβαρή)	<input type="checkbox"/> Βαρύτητα δυσθρεψίας (π.χ. ήπια, μέτρια, σοβαρή)
<input type="checkbox"/> Καμία πληροφορία δεν διατίθεται για τη χρέωση ή την αποζημίωση	<input type="checkbox"/> Καμία πληροφορία δεν διατίθεται για τη χρέωση ή την αποζημίωση

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!



--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας	Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΜΟΝΟ ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΕ!

1. Αυτή η εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν: προγραμματισμένη επείγουσα ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

2α. Διαγνώση κατά την εισαγωγή (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0100 Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα | <input type="checkbox"/> 1300 Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού |
| <input type="checkbox"/> 0200 Νεοπλασμάτα | <input type="checkbox"/> 1400 Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος |
| <input type="checkbox"/> 0300 Παθήσεις του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού | <input type="checkbox"/> 1500 Κύηση, τοκετός και λοχεία |
| <input type="checkbox"/> 0400 Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις | <input type="checkbox"/> 1600 Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο |
| <input type="checkbox"/> 0500 Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς | <input type="checkbox"/> 1700 Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες |
| <input type="checkbox"/> 0600 Παθήσεις του νευρικού συστήματος | <input type="checkbox"/> 1800 Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού |
| <input type="checkbox"/> 0700 Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του | <input type="checkbox"/> 1900 Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες |
| <input type="checkbox"/> 0800 Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης | <input type="checkbox"/> 2000 Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας |
| <input type="checkbox"/> 0900 Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος | <input type="checkbox"/> 2100 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας |
| <input type="checkbox"/> 1000 Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος | |
| <input type="checkbox"/> 1100 Παθήσεις του πεπτικού συστήματος | |
| <input type="checkbox"/> 1200 Παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού | |

2β. Κύρια αιτία εισαγωγής (σημειώστε μία απάντηση από τα παρακάτω)

--	--	--	--	--

3. Ποιες νόσους/ συννοσηρότητα έχει ο ασθενής; (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

- | | |
|---|--|
| ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Σαχαρώδης Διαβήτης <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Καρκίνος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| Χρόνια πνευμονική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Λοίμωξη <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| Αγγειακή εγκεφαλική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Άνοια <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| περιφερική αγγειακή νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Καταθλιπτική συνδρομή <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| Χρόνια ηπατική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Άλλη χρόνια ψυχική διαταραχή <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |
| Χρόνια νεφρική νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ | Άλλη χρόνια νόσος <input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ |

4α. Προηγούμενη επέμβαση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

- Ναι, προγραμματισμένη ΟΧΙ
- Ναι, έκτακτη

Ημέρες από την επέμβαση Ημέρες

4β. Προγραμματισμένη επέμβαση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

- Ναι, σήμερα ή αύριο
- Ναι, αργότερα
- ΟΧΙ

5. Προηγούμενη εισαγωγή στη ΜΕΘ κατά τη συγκεκριμένη νοσηλεία ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Είναι ο ασθενής τελικού σταδίου; ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

7. Επίπεδο υγρών (ΣΗΜΕΡΑ) κανονικός, υπερφορτωμένος, αφυδατωμένος ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

8. Αριθμός διαφορετικών φαρμάκων (ΣΗΜΕΡΑ) Πόσιμα άλλα

9. Ο ασθενής αναγνωρίστηκε ως δυσθρεπτικός ή σε κίνδυνο κακής θρέψης; Δυσθρεπτικός Σε κίνδυνο ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Παρακαλώ συνεχίστε με τη σελίδα 2β



ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ αρχικά ασθενούς

10. Ενδοφλέβια υγρά (ΣΗΜΕΡΑ) Διάλυμα ηλεκτρολυτών (NaCl, Ringers, κ.λ.π) 5% ορός δεξτρόζης

11. Αριθμός πόσιμων συμπληρωμάτων διατροφής που προγραμματίζονται (ΣΗΜΕΡΑ)

12. Διατροφική πρόσληψη (ΣΗΜΕΡΑ) (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

Συνήθης νοσοκομειακή δίαιτα	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Εμπολουτισμένο νοσοκομειακό φαγητό	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Πρωτεϊνοθερμιδικό συμπλήρωμα (π.χ. πόσιμο συμπλήρωμα διατροφής)	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ Διατροφή	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

13α. Γραμμες και καθετήρες (ΣΗΜΕΡΑ) (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

κεντρικός φλεβικός καθετήρας	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	ΡΙνοδωδεκαδακτυλικός	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
Περιφερικός φλεβικός καθετήρας	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	ΕΝΤΕΡΟΣΤΟΜΙΑ	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	Διαδερμική ενδοσκοπική/ χειρουργική γαστροστομία	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ
ΡΙΝΟΝΗΣΤΙΔΙΚΟΣ	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	Διαδερμική ενδοσκοπική/ χειρουργική νησιδοστομία	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ

13β. Υπήρξαν επίπλοκές σχετιζόμενες για τις γραμμές και τους καθετήρες σίτισης από την ημέρα εισαγωγής; (λοιμώξεις/ απόφραξη)

Ναι, παλιότερα Ναι, έως και σήμερα ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

14. Παρακαλώ σημειώστε αν κάτι από τα επόμενα έχει γίνει από τη στιγμή εισαγωγής του ασθενούς (σημειώστε μία απάντηση για καθένα)

Καθορίστηκαν οι ενεργειακές ανάγκες του ασθενούς	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Καθορίστηκαν οι πρωτεϊνικές ανάγκες του ασθενούς	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Η διατροφική πρόσληψη καταγράφηκε στο ιστορικό του ασθενούς	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Δημιουργήθηκε πλάνο διατροφικής φροντίδας	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Χορηγήθηκε συμβουλή από ειδικό σε θέματα διατροφής	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Η δυσθρεψία καταγράφηκε στο ιστορικό του ασθενούς	<input type="radio"/> ΝΑΙ	<input type="radio"/> ΟΧΙ	<input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

15α. Ενεργειακός στόχος (ΧΤΕΣ)

< 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 Δεν είναι καθορισμένο
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Or please insert kcal/kg

15β. Ενεργειακή πρόσληψη (ΧΤΕΣ)

< 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 Δεν είναι καθορισμένο
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

Or please insert kcal/kg

16. Από την εισαγωγή, το επίπεδο υγείας του ασθενούς ...

Βελτιώθηκε Ο ασθενής μόλις εισήχθη
 Χειροτέρεψε ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
 Παρέμεινε το ίδιο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!

Αριθμός ασθενούς

Αρχικά ασθενούς

1. Ποιές είναι οι τυπικές διατροφικές σας συνήθειες (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Δεν έχω ιδιαιτερότητες στις διατροφικές μου συνήθειες | <input type="checkbox"/> Απογεύγω τους υδατάνθρακες |
| <input type="checkbox"/> Είμαι χορτοφάγος | <input type="checkbox"/> Καταναλώνω δίαιτα χαμηλών λιπαρών |
| <input type="checkbox"/> Ακολουθώ αυστηρά χορτοφαγική δίαιτα | <input type="checkbox"/> Έχω δυσασεξία στη λακτόζη |
| <input type="checkbox"/> Ακολουθώ δίαιτα ελεύθερη γλουτένης | <input type="checkbox"/> Άλλη ειδική δίαιτα λόγω δυσανεξίας/ αλλεργίας |
| <input type="checkbox"/> Αποφεύγω την προσθήκη ζάχαρης | <input type="checkbox"/> Άλλο |

2. Που μένατε πριν τη συγκεκριμένη νοσηλεία σας;

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Σπίτι | <input type="radio"/> Μεταφέρθηκα από άλλο νοσοκομείο |
| <input type="radio"/> Σε γηροκομείο ή άλλη μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας | <input type="radio"/> Άλλο |

3. Γενικά, μπορείτε να περπατήσετε;

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> Όχι, έχω αναπηρικό αμαξίδιο |
| <input type="radio"/> Ναι, με βοήθεια | <input type="radio"/> Όχι, είμαι κατάκοιτος |
| <input type="radio"/> Ναι με μπαστούνι, μαγκούρα, Πι ή πατερίτσες | |

4. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

- Πολύ καλή Καλή Ικανοποιητική Κακή Πολύ κακή

5. Κατά τη διάρκεια των 12 μηνών πριν τη νοσηλεία σας

...πόσες φορές επισκευτήκατε ιατρο; φορές
 ...πόσες φορές εισαχθήκατε σε νοσοκομείο (έπείγοντα, σε κλινική); φορές
πόσες νύχτες συνολικά περάσατε στο νοσοκομείο; νύχτες

6. Πόσα διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα λαμβάνετε συστηματικά κάθε μέρα (πριν τη νοσηλεία σας)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-2 | <input type="radio"/> ΚΑΝΕΝΑ |
| <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| <input type="radio"/> ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 | |

7. Έχετε ασφάλιση υγείας;

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ναι, ιδιωτική ασφάλιση μόνο | <input type="radio"/> ΌΧΙ |
| <input type="radio"/> Ναι, δημόσια ασφάλιση μόνο | <input type="radio"/> Προτιμώ να μην απαντήσω |
| <input type="radio"/> Ναι, και τις δύο | |

8. Ποιο ήταν το βάρος σας πριν 5 χρόνια;

kg ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

9α. Έχετε χάσει βάτος τους τελευταίους 3 μήνες;

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ναι, εκκούσια | <input type="radio"/> Όχι, έβαλα βάρος |
| <input type="radio"/> Ναι ακούσια | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| <input type="radio"/> Όχι, το βάρος μου παρέμεινε σταθερό | |

9β. Αν να, πόσα Kg χάσατε;

kg ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

10. Γνωρίζατε για τη νοσηλεία σας δύο ημέρες πριν την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;

- ΝΑΙ ΌΧΙ

11. Παρακαλώ σημειώστε αν...

- | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| ...ζυγιστήκατε κατά την εισαγωγή | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ...ενημερωθήκατε για τη διατροφική σας κατάσταση | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ...ενημερωθήκατε για τις επιλογές διατροφικής φροντίδας | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ...λάβατε ειδική διατροφική θεραπεία | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |

Παρακαλώ συνεχίστε με τη σελίδα 3β

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Αρχικά ασθενούς

12. Πόσο καλά έχετε φάει κατά την τελευταία εβδομάδα πριν την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;

- Περισσότερο από το κανονικό
 Φυσιολογικά
 Περίπου 3/4 του φυσιολογικού
 Περίπου το μισό του φυσιολογικού
 Περίπου το 1/4 του φυσιολογικού

13. Γενικά πόσο ικανοποιημένοι είστε από το φαγητό στο νοσοκομείο;

- Πολύ ικανοποιημένος
 Ικανοποιημένος
 Ουδέτερος
 Δυσανεστημένος
 Πολύ δυσανεστημένος
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

14. Λάβατε κάποια βοήθεια στη σίτισή σας ΣΗΜΕΡΑ;

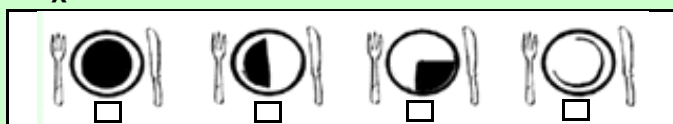
- ναι, από την οικογένεια ή φίλους
 ναι, από το προσωπικό του νοσοκομείου ΟΧΙ

15. Μπορεσατε να φάτε χωρίς παρεμβολές ΣΗΜΕΡΑ

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

16α. Παρακαλώ επισημάνετε πόσο από το νοσοκομειακό φαγητό καταναλώσατε στο κύριο σας γεύμα ΣΗΜΕΡΑ

Σχεδόν όλο 1/2 1/4 ΤΙΠΟΤΑ



16β. Το μέγεθος της μερίδας του φαγητού σήμερα ήταν...

- κανονική
 μικρότερη
 μεγαλύτερη
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

17. Αν δεν φάγατε τίποτα από το πιάτο σας παρακαλώ πείτε μας γιατί: (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Δε μου αρεσε το είδος του προσφερόμενου φαγητού | <input type="checkbox"/> Έχω προβλήματα μάσησης/ κατάποσης |
| <input type="checkbox"/> Δε μου άρεσε η γεύση/μυρωδιά του φαγητού | <input type="checkbox"/> Φυσιολογικά τρώω λιγότερο απο τη σεβριζόμενη μερίδα |
| <input type="checkbox"/> Δεν ήταν ανάλογο των πολιτιστικών/ θρησκευτικών πιστεύω μου | <input type="checkbox"/> Είχα ναυτία/ Έμετο |
| <input type="checkbox"/> Το φαγητό ήταν πολύ ζεστό | <input type="checkbox"/> ήμουν πολύ κουρασμένος |
| <input type="checkbox"/> Το φαγητό ήταν πολύ κρύο | <input type="checkbox"/> Δε μπορώ να φάω χωρίς βοήθεια |
| <input type="checkbox"/> Λόγω τροφικής αλλεργίας ή δυσανεξίας | <input type="checkbox"/> Δε μου επιτρέπεται να φάω |
| <input type="checkbox"/> Δεν πεινούσα εκείνη τη στιγμή | <input type="checkbox"/> Είχα εξέταση ή επέμβαση και έχασα το γεύμα μου |
| <input type="checkbox"/> Δεν έχω τη συνήθη όρεξή μου | <input type="checkbox"/> Δεν έλαβα το φαγητό που ζήτησα |

18. Παρακαλω σημειώστε τον αριθμό των υγρών ΣΗΜΕΡΑ:

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="text"/> νερό | <input type="text"/> καφές | <input type="text"/> Χυμός φρούτων | <input type="text"/> Διατροφικό ποτό |
| <input type="text"/> τσάι | <input type="text"/> γάλα | <input type="text"/> αναψυκτικό | <input type="text"/> άλλα |

19α. Φάγατε κάτι άλλο εκτός από το φαγητό του νοσοκομείου ΣΗΜΕΡΑ?

- ΝΑΙ ΟΧΙ

19b. Αν ναι τι φάγατε?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Γλυκά σνακ | <input type="checkbox"/> Γαλακτοκομικά προϊόντα |
| <input type="checkbox"/> Αλμυρά σνακ | <input type="checkbox"/> Φαγητό από εστιατόριο/ delivery |
| <input type="checkbox"/> Φαγητό από το σπίτι | <input type="checkbox"/> Σάντουιτς |
| <input type="checkbox"/> Φρούτα | <input type="checkbox"/> Άλλο |

20. Πώς επηρεάστηκε η πρόσληψη τροφής σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

- Αυξήθηκε Μειώθηκε Παρέμεινε η ίδια ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

21. ΣΗΜΕΡΑ αισθάνομαι...

- Πιο δυνατός από την εισαγωγή
 Πιο αδύναμος από την εισαγωγή
 Το ίδιο με την ημέρα της εισαγωγής
 Από σήμερα ξεκίνησε η νοσηλεία μου ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

22. Μπορείτε να περπατήσετε χωρίς βοήθεια ΣΗΜΕΡΑ;

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ, ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ
 ΟΧΙ, ΕΙΜΑΙ ΚΛΙΝΗΡΗΣ

23. ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΚΑΠΟΙΟΣ ΝΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟ...

- ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!

Παρακαλώ σημειώστε τα σωστά κουτάκια που ισχύουν για αυτό τον ασθενή



ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Αριθμός ασθενούς	<input type="text"/>	Αρχικά ασθενούς	<input type="text"/>	ΗΛΙΚΙΑ	<input type="text"/>
ΦΥΛΟ	<input type="radio"/> Γυναίκα	<input type="radio"/> Άνδρας		Ημέρα εισαγωγής	<input type="text"/>
ΒΑΡΟΣ (kg)	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο		
ΥΨΟΣ (cm)	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> εκτιμώμενο	<input type="radio"/> μετρούμενο	Συγκατάθεση ασθενους	<input type="radio"/> ΝΑΙ <input type="radio"/> ΟΧΙ

Λίστες ασθενών και έκβαση (όλοι οι ασθενείς του NutritionDay)



ΕΚΒΑΣΗ

ημερομηνία

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ	αρχικά ασθενούς	Ημερομηνία εξιτηρίου από το νοσοκομείο	Διάγνωση εξιτηρίου			Εκβαση	Επανεισαγωγή από την ημέρα του ND
			Κοίτα στο Κουτί 1 για τους κωδικούς				
	MA MU	24.11.2015	1. J15.212	2. G89.3	3. T45.1X5	1	Κοίτα στο Κουτί 3 για τους κωδικούς 1
			4. Z61.12	5.	6.		

1. Χρησιμοποιείστε είτε τον πλήρη κωδικό ICD10 ή τους κωδικούς παρακάτω

Εισάγετε έως 6 κωδικούς, με την ίδια σειρά που υπάρχουν στο αρχείο σας

- | | |
|---|--|
| 0100 Λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα | 1200 Παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού |
| 0200 Νεοπλασμάτα | 1300 Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού |
| 0300 Παθήσεις του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού | 1400 Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος |
| 0400 Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις | 1500 Κύηση, τοκετός και λοχεία |
| 0500 Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς | 1600 Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο |
| 0600 Παθήσεις του νευρικού συστήματος | 1700 Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες |
| 0700 Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του | 1800 Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού |
| 0800 Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης | 1900 Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες |
| 0900 Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος | 2000 Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας |
| 1000 Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος | 2100 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας |
| 1100 Παθήσεις του πεπτικού συστήματος | |

2. Κωδικός έκβασης

- 1= Ακόμη στο νοσοκομείο
- 2= Διακομίδη σε άλλο νοσοκομείο
- 3= Μεταφορά σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας
- 4= Αποκατάσταση
- 5= Εξιτήριο προς το σπίτι
- 6= Θάνατος
- 7= Άλλο

3. Κωδικός επανεισαγωγής

- 1= Όχι
- 2= Ναι στο ίδιο νοσοκομείο προγραμματισμένα
- 3= Ναι στο ίδιο νοσοκομείο εκτάκτως
- 4= Ναι σε άλλο νοσοκομείο προγραμματισμένα
- 5= Ναι, σε άλλο νοσοκομείο εκτάκτως
- 6= Δεν γνωρίζω

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!



Έχετε ένα ηλεκτρονικό σύστημα τεκμηρίωσης στο νοσοκομείο σας; ⁹ Ναι Όχι

Είναι η διατροφική θεραπεία μέρος του συνολικού σχεδίου φροντίδας των ογκολογικών ασθενών; ⁹ Ναι Όχι

Αν ναι, με ποιον τρόπο είναι μέρος της ολοκληρωμένης προσέγγισης; ³⁸

- συνήθως λαμβάνεται υπόψη
- όταν ένας ασθενής το ζητά
- όταν απώλεια βάρους > 10%
- κατά τη διάρκεια της παρηγορητικής φάσης
- άλλο, παρακαλώ περιγράψτε

Αν όχι, γιατί ... ¹⁰

- λόγω έλλειψης στοιχείων τεκμηρίωσης
- καμία γνώση του τομέα
- καμία αποζημίωση
- θρέφει τον όγκο
- άλλα

Ποια διατροφική θεραπεία χρησιμοποιείτε στους ογκολογικούς ασθενείς; ¹⁰

- διατροφή σύμφωνα με το σχέδιο διατροφής
- υπολογισμός των ενεργειακών αναγκών
- παρακολούθηση της πρόσληψης των ασθενών και χρήση πόσιμων συμπληρωμάτων όταν κρίνεται απαραίτητο
- καμία
- άλλα

Εάν όχι, παρακαλείσθε να αναφέρετε τους κύριους λόγους ¹⁰


- λόγω έλλειψης στοιχείων τεκμηρίωσης
- έλλειψη εμπειρίας
- καμιά αποζημίωση
- έλλειψη διαιτολόγων
- έλλειψη άλλων ειδικών
- άλλα

Πόσο συχνά αξιολογείτε τις ακόλουθες παραμέτρους σε ογκολογικούς ασθενείς και ποιές μεθόδους χρησιμοποιείτε; ³⁹

	τακτικά	σε κάθε χημειοθεραπεία	όταν είναι απαραίτητο	ποτέ	;
ανθρωπομετρία / σύσταση του σώματος					
σωματικό βάρος	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ανθρωπομετρία (περιφέρεια)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CT Scan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEXA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
άλλα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λειτουργία του σώματος					
λαβή χειρός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
δοκιμασία βάδισης 6 λεπτών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
άλλα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
διατροφικές απαιτήσεις, Υπολογιζόμενες					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
διατροφική πρόσληψη					
κάθε γεύμα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 γεύμα ανά ημέρα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 γεύματα την ημέρα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ανακλήσεις 24ώρου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
άλλα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ποιός συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο αυτό (Φύλλο_1 ογκολογία) ¹¹

- διαιτολόγος
 νοσηλεύτρια
 ιατρός
 επιστήμονας διατροφής
 άλλα

"Μονάδα για όλους τους ογκολογικούς ασθενείς"													
													
ασθενής (4 αρχικά) ⁴	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ⁵	εξωτερικά ιατρεία / θάλαμος ⁴⁰	Στόχος της θεραπείας ⁴¹	αίτια εισαγωγής ⁴²	διάγνωση του καρκίνου (τυφρινή) ⁴³	Χρόνος από τη διάγνωση του καρκίνου ⁴⁴	Σταδιοποίηση του καρκίνου ⁴⁵	Χρόνος από την πρώτη έναρξη της θεραπείας της παρούσας διάγνωσης του καρκίνου ⁴⁶	Κατάσταση Θεραπείας ⁴⁷	Λοιμώξεις ⁴⁸	Εργαστηριακή Παράμετρος (CRP) μόνο εάν τα δεδομένα έχουν ήδη αξιολογηθεί ⁴⁹	Εργαστηριακή Παράμετρος (Αλβουμίνη) μόνο εάν τα δεδομένα έχουν ήδη αξιολογηθεί ⁵⁰	Διατροφική θεραπεία ⁵¹
αρχικά	N°	(ΕΙ) / (Θ)	Θ / Π / Τ	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	<input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> mg/L	<input type="radio"/> g/L <input type="radio"/> g/dL	1-10
Στόχος της θεραπείας Θ = θεραπευτική Π = παρηγορητική ποικιλία Τ = τελική φροντίδα 3 = σχετιζόμενη με χειρουργική επέμβαση 4 = επιπλοκές στη θεραπεία 5 = κακή κατάσταση της υγείας 6 = δύσκολη ή ανεξάρτητη φροντίδα	αίτια εισαγωγής 1 = κλινική διαγνωστική 2 = θεραπεία	διάγνωση του καρκίνου (τυφρινή) 1 = στήθος 2 = παχύ έντερο, ορθό 3 = προστάτης 4 = πνεύμονας 5 = δέρμα 6 = νεφροί/ ουροδόχος κύστη 7 = γαστρικός / οισοφαγικός 8 = πάγκρεας	9 = λέμφωμα 10 = ΩΡΛ 11 = λευχαιμία 12 = γεννητικού συστήματος 13 = ήπαρ 14 = σάρκωμα 15 = εγκέφαλος 16 = όρχεις 17 = άλλο	Χρόνος από τη διάγνωση 1 = 0-2 μήνες 2 = 3-5 μήνες 3 = 6-12 μήνες 4 = 1-2 χρόνια 5 = 2-4 χρόνια 6 => 4 χρόνια	Σταδιοποίηση του καρκίνου 0= καρκίνωμα in situ I= τοπική II= αρχικός τοπικά προχωρημένο III= αργά τοπικά προχωρημένο IV= μετάσταση	Χρόνος έναρξης 1 = καμία θεραπεία 2 = σταδιοποίηση όγκων / διάγνωση 3 = 0-2 μήνες 4 = 3-5 μήνες 5 = 6-12 μήνες 6 = 1-2 χρόνια 7 = 2-4 χρόνια 8 => 4 χρόνια	Κατάσταση Θεραπείας 1 = Διάγνωση 2 = χημειοθεραπεία 1ης γραμμής 3 = χημειοθεραπεία πέραν της 1ης γραμμής 4 = Ακτινοθεραπεία 5 = Στοχευμένη θεραπεία 6 = Ορμονική θεραπεία 7 = παρηγορητική 8 = χειρουργική επέμβαση	Λοιμώξεις 1 = καμία 2 = τοπική 3 = γενική 9 = επιπλοκές που σχετίζονται με τον καρκίνο 10 = επιπλοκές που σχετίζονται με τη θεραπεία					
Διατροφική θεραπεία 1 = καμία ειδική διατροφή 2 = εξατομικευμένο πρόγραμμα διατροφής		3 = υπερθερμιδικό/ υπερπρωτεϊνικό πόσιμο συμπλήρωμα 4 = εντερική διατροφή (μέσω NGT / PEG) 5 = παρεντερική διατροφή		6 = πόσιμο συμπλήρωμα εμπλουτισμένο με ειδικά θρεπτικά συστατικά 7 = ειδικές θρεπτικές ουσίες (ΕΡΑ, διακλασισμένης αλύσου αμινοξέα, γλουταμίνη, αργινίνη, καρνίτινη)		8 = προσωπικές προτιμήσεις 9 = συμβουλευτική 10 = άλλο							



nutritionDay
WORLDWIDE

Ογκολογικός ασθενής Φύλλο3

Ημερομηνία ¹ ___ / ___ / ___

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ⁵



Αγαπητέ ασθενή,

Θα θέλαμε να συμπληρώσετε σήμερα αυτό το ερωτηματολόγιο για τη βελτιστοποίηση της διατροφικής φροντίδας σε αυτήν τη μονάδα. Θα θέλαμε να γνωρίζουμε πώς αισθάνεστε και πόσο δραστήριος/α είστε.

παρακαλούμε σημειώστε ή συμπληρώστε

Ευχαριστούμε για τη βοήθεια

Αρχικά ασθενούς: ⁴ τα 2 πρώτα γράμματα του ονόματός σας



τα 2 πρώτα γράμματα του επωνύμου σας



Συνήθες σωματικό βάρος σας πριν να αρρωστήσετε ⁵²

 kg

Δεν ξέρω

Τωρινό βάρος σας ⁵²

 kg

Δεν ξέρω

Η αλλαγή στο βάρος σας ήταν εκούσια ή ακούσια ⁴

εκούσια (προγραμματισμένη)

ακούσια

το βάρος είναι σταθερό

Παρακαλώ σημειώστε ό, τι ισχύει για σας κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας: ⁵⁵

	καθόλου	λίγο	αρκετά	πάρα πολύ
Πονούσατε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε αδυναμία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε ανορεξία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Παρακαλώ σημειώστε ό, τι καλύτερο ισχύει για εσάς τώρα: ⁵⁵

	καθόλου	λίγο	αρκετά	πάρα πολύ
Έχετε πόνο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μήπως χρειάζεστε ξεκούραση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Νιώθετε αδύναμος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθάνεστε κατάθλιψη;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε κουρασμένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρεμβάλετε πόνος στις καθημερινές σας δραστηριότητες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έχετε έλλειψη όρεξης;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Εάν η όρεξή σας ή η πρόσληψη τροφής σας έχει αλλάξει, παρακαλούμε να αναφέρετε γιατί; ¹⁰

ναυτία / έμετος

δυσκοιλιότητα

χορταίνω γρήγορα /

φλεγμονή στο στόμα

διάρροια

απώλεια της όρεξης

πόνος

αλλαγή στη γεύση / οσμή

άλλο

Σε ποια από τις παρακάτω δραστηριότητες μπορείτε να αποδώσετε στο μέγιστο; ⁵⁶

(επιλέξτε μόνο μία εναλλακτική)

είμαι σε θέση να κάνω αθλητισμό

είμαι σε θέση να φροντίζω τον εαυτό μου

είμαι πλήρως δραστήριος

είμαι σε θέση να φροντίζω περιορισμένα τον εαυτό μου

είμαι σε θέση να διεξάγω ελαφριές δραστηριότητες

είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι ή την καρέκλα

Τι παίρνετε χωρίς συνταγή γιατρού; ¹⁰

τίποτα

πολυβιταμίνες

τσάι βοτάνων

άλλα φάρμακα

συμπληρώματα διατροφής

άλλα

Πραγματοποιείτε κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες; ¹⁰

τίποτα

Χαλάρωση

άλλα

Ψυχοθεραπεία

Σταδιακή χαλάρωση μυών

Γιόγκα

Qigong (Κινέζικο σύστημα φροντίδας)

Είναι δύσκολο να ακολουθείτε τη θεραπεία σας; ⁹ Ναι Όχι Δεν ξέρω

Σας βοήθησε κάποιος να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο; ⁹ Ναι Όχι Δεν ξέρω

Πιστεύετε ότι εάν συμπεριληφθεί η διατροφή στη θεραπευτική προσέγγιση για τον καρκίνο θα μπορούσε να προσφέρει κάποιο όφελος σε εσάς; ⁹ Ναι Όχι Δεν ξέρω