

1. Kórházi ágyak száma

 2. Osztályos ágyszám

 3. Regisztrált fekvő betegek száma délben

4. Osztály típusa (Válasszon egyet)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Általános | <input type="radio"/> Általános sebészet |
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Kardiológia | <input type="radio"/> Szív-, ér- és mellkasebészet |
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Gasztroenterológia, hepatológia | <input type="radio"/> Idegsebészet |
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Geriátria | <input type="radio"/> Ortopéd sebészet |
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Fertőző betegségek | <input type="radio"/> Baleseti sebészet |
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Nefrológia | <input type="radio"/> Fül-orr-gégészet |
| <input type="radio"/> Belgyógyászat / Onkológia (ideértve a radioterápiát) | <input type="radio"/> Szülészet / Nőgyógyászat |
| <input type="radio"/> Interdiszciplináris | <input type="radio"/> Gyermekgyógyászat |
| <input type="radio"/> Ápolási osztály | <input type="radio"/> Pszichiátria |
| <input type="radio"/> Neurológia | <input type="radio"/> Egyéb |

5. Dolgozók száma a ma reggeli műszakban

 Orvosok

 Ápolók

 6. Biztosított dietetikai tanácsadás/szolgálat az Önök osztálya számára (dietetikus, táplálkozás szakértő vagy dietetikai asszisztens)? Igen Nem

7. Milyen módon mérik fel / monitorozzák a betegek tápláltsági állapotát? (Jelöljön meg egy választ az összes lehetőségnél)

Felvételkor

- Nem jellemző a rutin szűrés
 Nincs meghatározott kritérium
 Tapasztalat / szemrevétele alapján
 Testsúly mérés/BMI (testtömeg index)
 Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 Malnutrition Screening tool (MST) SNAQ
 Egyéb szűrési módszer
 Kérjük nevezze meg:

A kórházi tartózkodás alatt

- Nincs rutin vizsgálat
 Nincs meghatározott kritérium
 Tapasztalat / szemrevétele alapján
 Testsúly mérés/BMI (testtömeg index)
 Egyéb szűrési módszer
 Kérjük nevezze meg:

 8. Milyen rendszerességgel mérik a beteg súlyát? (Egyszerre több válasz is megjelölhető) Szükség esetén

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Felvételkor | <input type="checkbox"/> 48 órán belül | <input type="checkbox"/> Hetente egyszer | <input type="checkbox"/> Elbocsátáskor |
| <input type="checkbox"/> 24 órán belül | <input type="checkbox"/> 72 órán belül | <input type="checkbox"/> Alkalmanként | <input type="checkbox"/> Soha |

9. Mit tesznek a betegek megfelelő táplálékbevitelének elősegítésére? (Egyszerre több válasz is megjelölhető)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Étkezések számának növelése, vagy a főétkezések közötti snack-ek biztosítása | <input type="checkbox"/> Az étkezés zavartalan biztosítása / étkezési időre vonatkozó szabályozások |
| <input type="checkbox"/> Választási lehetőségek biztosítása | <input type="checkbox"/> Megfelelő étkezési körülmények biztosítása |
| <input type="checkbox"/> Különböző méretű ételadagok / ételmennyiségek biztosítása | <input type="checkbox"/> Kulturális / vallási szokások tiszteletben tartása |
| <input type="checkbox"/> Az ételek tetszetős tálalása | <input type="checkbox"/> A betegek esetleges ételallergiáinak / ételintoleranciáinak figyelembevétele |
| <input type="checkbox"/> Szükség esetén az ételek megfelelő állagának (pépesítés-folyós) biztosítása | <input type="checkbox"/> Egyéb |
| <input type="checkbox"/> A betegek evéssel és ivással kapcsolatos problémáinak figyelembevétele | |

Köszönjük a közreműködést!



nDay express
A BETEG

Dátum Kórház kódja Kórházi osztály kódja Beteg azonosító száma Születési év Neme Nő FérfiBetegfelvétel napja Testsúly kg becsült mértA beteg hozzájárulása a felmérésben való részvételéhez: Igen NemTestmagasság cm becsült mért

KÉREM CSAK A PÁCIENS HOZZÁJÁRULÁSA ESETÉN FOLYTASSA!

1. A kórházi felvétel... Tervezett volt Sürgősségi Nem tudom

1a. A felvételt indokló diagnózis (Egyszerre több válasz is megjelölhető)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0100 Fertőző és parazitás betegségek | <input type="checkbox"/> 1300 A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei |
| <input type="checkbox"/> 0200 Daganatok | <input type="checkbox"/> 1400 Urogenitális rendszer megbetegedései |
| <input type="checkbox"/> 0300 A vér és a vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek | <input type="checkbox"/> 1500 Terhesség, szülés és a gyermekágy |
| <input type="checkbox"/> 0400 Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek | <input type="checkbox"/> 1600 A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok |
| <input type="checkbox"/> 0500 Mentális és viselkedészavarok | <input type="checkbox"/> 1700 Veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszómaabnormitások |
| <input type="checkbox"/> 0600 Az idegrendszer betegségei | <input type="checkbox"/> 1800 Máshova nem osztályozott panaszok, tünetek, kóros klinikai és laboratóriumi leletek |
| <input type="checkbox"/> 0700 A szem és függelékeinek betegségei | <input type="checkbox"/> 1900 Sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményei |
| <input type="checkbox"/> 0800 A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései | <input type="checkbox"/> 2000 A morbiditás és mortalitás külső okai |
| <input type="checkbox"/> 0900 A keringési rendszer betegségei | <input type="checkbox"/> 2100 Az egészségi állapotot és egészségügyi szolgáltatással való kapcsolatot befolyásoló tényezők |
| <input type="checkbox"/> 1000 A légzőrendszer betegségei | |
| <input type="checkbox"/> 1100 Az emésztőrendszer betegségei | |
| <input type="checkbox"/> 1200 A bőr és bőralatti szövet betegségei | |

1b. A felvételt indokló fődiagnózis (Írjon be egy kódot az előbb említettek közül)

2. Milyen társbetegségei vannak a betegnek (komorbodítás)? Minden esetben csak egy választ jelöljön meg!

- | | |
|--|--|
| Szívelégtelenség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Diabetes <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |
| Miokardiális szívinfarktus <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Daganat <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |
| Krónikus tüdőbetegség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Fertőzés <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |
| Cerebrovaszkuláris betegség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Demencia <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |
| Perifériás vaszkuláris betegség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Súlyos depresszív zavar / klinikai depresszió <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |
| Krónikus májbetegség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Egyéb krónikus mentális zavar <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |
| Krónikus vesebetegség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem | Egyéb krónikus betegség <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem |

3. A beteg gyógyíthatatlan végső stádiumú? Igen Nem Nem tudom

4. Megállapítottak a betegnél alultápláltságot vagy annak veszélyét?

 Alultápláltságot Alultápláltság veszélyét Nem Nem tudom

5. Táplálékbevitel (MAI NAPON) Minden esetben csak egy választ jelöljön meg!

- | |
|---|
| Normál kórházi étrend <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Nem tudom |
| Dúsított / gazdagított kórházi étrend <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Nem tudom |
| Fehérje- / energiakiégészítés (pl. orális táplálékkiegészítő italok) <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Nem tudom |
| Enterális táplálás <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Nem tudom |
| Parenterális táplálás <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Nem tudom |
| Speciális étrend <input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem <input type="radio"/> Nem tudom |

6. Folyadékháztartás (MAI NAPON) Normális Folyadéktöbblet Dehidratált Nem tudom

Köszönjük a közreműködést!

Beteg azonosító száma
Kérjük a következő kérdéseket közvetlenül a páciensekhez intézni!

Kedves Betegünk!

Kérjük, töltsse ki ma ezt a kérdőívet annak érdekében, hogy fejleszthessük Osztályunkon a betegek táplálását. Emellett a személyzet a diagnózisáról és kezeléséről néhány alapvető információt ad számunkra. Ezt egy másik kérdőív segítségével teszik. A részvétel önkéntes, és ettől bármikor vissza is léphet, folyamatban lévő orvosi kezelése bármiféle megváltoztatása nélkül. Személyes adatok, pl.: név, születési dátum nem kerülnek feldolgozásra illetve nem kerülnek elmentésre.

Mindenféle adatfeldolgozás névtelenül illetve (többszörösen) titkosítottan történik.

Az alábbi személyek bármikor örömmel válaszolnak a felméréssel kapcsolatosan esetleg felmerülő további kérdéseire.

 kapcsolatba lépni
1a. Fogyott az elmúlt három hónapban?

- Igen, szándékosan fogytam
 Igen, de nem szándékosan fogytam
 Nem, a súlyom változatlan
 Nem, sőt nőtt a testsúlyom
 Nem tudom

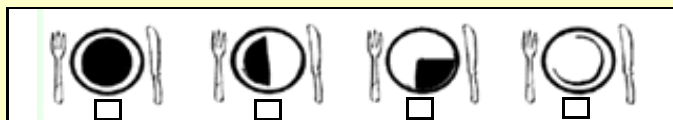
1b. Ha fogyott, hány kilót fogyott?
 kg Nem tudom

2. Milyen étvágya volt a kórházi felvételt megelőzően egy héttel?

- a szokásosnál nagyobb
 Szokásos
 A szokásos 3/4-e
 A szokásos fele
 A szokásos negyede vagy majdnem semmi

3a. Kérjük jelölje meg, hogy a mai napon mennyit tudott elfogyasztani az ebédjéből vagy vacsorájából?

Majdnem mindet Felét Negyedét Semmit


3b. Ha nem ette meg az ételét, kérjük, jelölje be annak okát: (Egyszerre több válasz is megjelölhető)

- Nincs olyan étvágyam, mint általában
 Nem voltam éhes
 Nem szeretem a felszolgált ételt
 Nem ízlett az étel / Nem volt jó illata
 Nem volt szabad ennem
 Vizsgálat, műtét miatt kimaradt az evés
 Általában kevesebbet eszek a felszolgált adagnál
 Problémáim vannak a rágással/nyeléssel
 Hányingerem volt / hánytam
 Túl ságosan fáradt voltam
 Egyéb

4. Tud járni segítség nélkül MA?

- Igen
 Nem, csak segítséggel
 Nem, ágyhoz kötött vagyok

5. Ma így érzem magam:

- Erősebb vagyok, mint a kórházi felvételkor
 Gyengébb vagyok, mint a kórházi felvételkor
 Ugyanúgy, mint a kórházi felvételkor
 Ma vettek fel a kórházba
 Nem tudom

Köszönjük a közreműködést!



nDay express
Egészségi kimenetek 30 nap elteltével

Dátum

Kórház kódja

Kórházi osztály kódja

Beteg azonosító száma	A kórházi elbocsátás dátuma	Kezelési eredmény	Kórházi újrafelvétel
		(Írjon be egy kódot az 1. pontban említettek közül)	(Írjon be egy kódot a 2. pontban említettek közül)
	10.12.2018	1	1

1. Kimenetek kódjai	2. Kórházi újrafelvétel kódja
1= Még mindig kórházban 2= Másik kórházba átszállítva 3= Tartós ápolásra/hosszú távú gondozásra áthelyezve 4= Rehabilitáció 5= Otthonába bocsátva 6= Meghalt 7= Egyéb	1= Nem történt 2= Igen, ugyanabban a kórházban, tervezetten 3= Igen, ugyanabban a kórházban, nem tervezetten 4= Igen, más kórházban tervezetten 5= Igen, más kórházban, nem tervezetten 6= Nem ismert

Köszönjük a közreműködést!