

Imię i nazwisko pacjenta.....
Data wypełnienia.....Nr historii choroby.....
PESEL.....

SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

I. WYWIAD

1. **Wiek** (lata).....**wzrost** (cm).....**masa ciała** (kg).....**płeć** K M

2. Zmiana masy ciała

Utrata masy ciała w ostatnich 6 miesiącach.....(kg).....%

Zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:

zwiększenie bez zmian zmniejszenie

3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów:

bez zmian zmiany (czas trwania).....(tygodnie)

Rodzaj diety:

- zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych
 dieta płynna kompletna
 dieta płynna hipokaloryczna
 głodzenie

4. Objawy ze strony układu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie):

bez objawów nudności wymioty biegunka jadłowstręt

5. Wydolność fizyczna:

bez zmian zmiany (czas trwania).....(tygodnie)

rodzaj: praca w ograniczonym zakresie

chodzi

leży

6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:

Wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby

brak mały średni duży

II. Badania fizykalne (należy określić stopień zaawansowania):

0 – bez zmian 1- lekki 2 – średni 3- ciężki

Utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej

(stopień.....)

Zanik mięśni (czworogłowy, naramienny) (stopień.....)

Obrzęk nad kością krzyżową (stopień.....)

Obrzęk kostek (stopień.....)

Wodobrzusze (stopień.....)

III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- prawidłowy stan odżywienia
 podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia (stopień B)
 wyniszczenie (stopień C)
 duże ryzyko niedożywienia (stopień D)

.....
(podpis osoby przeprowadzającej ocenę)