

Imię i nazwisko Pacjenta .....

## SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

Na potrzeby Zakładu Opieki Długoterminowej – ZOL EPIONE

### 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 przewodu 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 zaopatrzenie na składniki odżywcze:  
Wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikającego z choroby:  
 brak  mały  średni  duży

### II. Badanie 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
- zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- obrzęk nad kością krzyżową
- obrzęk kostek
- wodobrzusze

### III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienia średniego stopnia
- wyniszczenie
- duży ryzyko niedożywienia



NIE DOTYCZY

.....  
Podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia