

Zgłoszenie powikłania leczenia żywieniowego

Dane zgłoszenia

Oddział

Data powikłania

Pacjent (inicjały / PESEL)

Rodzaj leczenia żywieniowego

☐

Pozajelitowe

☐

Dojelitowe

☐

Mieszane

Rodzaj powikłania

☐

Infekcja wklucia

☐

Niedrożność wklucia

☐

Odmowa żywienia

☐

Błąd w doborze dostępu

☐

Powikłania metaboliczne

☐

Inne

Opis przebiegu i działań podjętych

Osoba zgłaszająca

Imię i nazwisko, stanowisko

Data zgłoszenia

Zgłoszenie służy wyłącznie poprawie jakości leczenia. Prosimy o przekazanie formularza przewodniczącemu Zespołu Żywieniowego.