

Ernæringscreening

Screening ikke relevant (terminalt syge, raske gravide/barslende, ambulante patienter i fokuseret udredning)

Habitual vægt, kg.
Højde, cm.

NAVN OG CPR (LABEL)

HOSPITAL

AFDELING

Ambulant

Skønnet ernærings-tilstand
Sæt kryds

Dato/år							
Middel (gentag skøn ved næste ambulante besøg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over middel (overvej rådgivning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under middel (gennemfør screening for underernæring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signatur							

Indlagt

Primær screening for underernæring

Dato/år							
Vægt, kg.							
BMI (se hjælpeskema)							
Er BMI under 20,5? Ja/Nej							
Vægttab i sidste 3 måneder? Ja/Nej							
Nedsat kostindtag sidste uge? Ja/Nej							
Svært syg? (B score = 3, se hjælpeskema) Ja/Nej							
Signatur							

Ja Anvend ernæringsterapi-skema. Følg vejledning for ernæringsterapi

Nej Ugentlig rescreening

Tag stilling til eventuel forebyggende ernæringsterapi

Sekundær screening for underernæring

Dato/år							
1 A score (se hjælpeskema)							
2 B score (se hjælpeskema)							
3 Alderskorrektion (se hjælpeskema)							
Total score (1+2+3)							
Signatur							

Hvis total score er mindre end 3

Hvis total score er lig med eller over 3

Kostordination

Alle patienter uanset screening

Dato/år							
Kostform							
Signatur							

- NK** Normalkost/ mad til raske/ hjertevenlig kost
- SK** Sygehuskost/ mad til syge/ tygge- synkevenlig kost
- KS** Kost til småt-spisende
- D** Diæt
- T** Tilskudsrikke
- S** Sondeernæring
- PE** Parenteral ernæring

