**NUTRITIONSBEHANDLING – ORDINATION**Från dietist till sjuksköterska/klinisk dietist i kommunen

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn:** | **Personnr:** |

**BAKOMLIGGANDE ORSAK TILL NUTRITIONSBEHANDLING**

|  |  |
| --- | --- |
| **Problem:** |  |
| **Etiologi:** |  |
| **Symptom:** |  |

**STATUS**

Vikt (kg): Längd (cm): BMI (kg/m2):

Viktutveckling:

**BEHANDLINGSMÅL**

# 

**ORDINATIONER**

**KOST (Annan är Allmän kost)**

Energi- och proteintät kost

Diabetesanpassad kost:

Specialkost/Annan kost:

Allergi:

***Mellanmål***

Antal: st/dygn Klockan:

|  |  |
| --- | --- |
| Förslag och önskemål: |  |

***Anpassad konsistens - mat***

|  |  |
| --- | --- |
| Ej aktuellt | Delad  Grov paté  Timbal  Gelé  Flytande  Tjockflytande |

***Anpassad konsistens – dryck***

|  |  |
| --- | --- |
| Ej aktuellt | Trögflytande (nyponsoppekonsistens)  Geléad  Kolsyrad |

**NÄRINGSPRODUKT/SPECIALLIVSMEDEL**

Ej aktuellt  Se nedan:

**Kosttillägg**

Mängd: per dygn fördelat på tillfällen. Klockan:

|  |  |
| --- | --- |
| Sort och smak: |  |

**Berikningsprodukter**

Sort och mängd:

Berednings- eller blandningsanvisning:

**ENTERAL NUTRITION**

Ej aktuellt  Se nedan:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Produkt** | **Mängd** | **Klockslag** | **Hastighet** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ÖVRIG INFORMATION**

# 

**SJUKSKÖTERSKAS UPPFÖLJNING AV ORDINATION OCH BEHANDLINGSMÅL**

|  |  |
| --- | --- |
| **När ska uppföljning ske** |  |
| **Vad ska följas upp** |  |
| **När ska återrapportering till ordinatör ske** |  |
| **Kontaktuppgifter för återrapportering och frågor** | Namn:  Tel: Fax: |

**BIFOGAS**

Journalkopia dietistanteckning

Annat:

**Datum**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ansvarig dietist:** |  | **Enhet:** |  |

**Underskrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_