

Znaczenie żywienia w chorobach nerek

Choroby nerek prowadzące do niedożywienia

- - ONN
- - PChN (dializa otrzewnowa, hemodializa)
- - ZN
- - Kamica nerkowa
- - Wady układu moczowego (nawrotowe ZUM)
- - Moczówka
- - Zespół Bartera
- - Wady genetyczne

Ryzyko wystąpienia niedożywienia białkowo kalorycznego

- - nudności wymioty
- - nadwrażliwość czuciowa w jamie ustnej
- - zaburzenia motorki przewodu pokarmowego (refluks)
- - drażniące działanie niektórych leków na śluzówkę żołądka
- - zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej
- - liczne interwencje chirurgiczne
- - głodzenie diagnostyczne
 - zaburzony metabolizm składników odżywczych
 - brak współpracy ze strony pacjenta

Pacjent żywiony przez zgłębnik lub gastrostomię

- decyzja o podjęciu interwencji żywieniowej
- preparaty odżywcze podawane w bolusach
- preparaty podawane za pomocą pompy do żywienia

- Warunki NFZ :

- - pacjent żywiony inną drogą niż doustna
- - 50% zapotrzebowania kalorycznego pokrytego z preparatów odżywczych
- - 1 dzień żywienia pacjenta hospitalizowanego to 2 punkty (104 zł)
- - pacjent żywiony dojelitowo w warunkach domowych 2678zł/mc

	KALORIE	BIAŁKO	FOSFOR	WAPŃ	POTAS	SÓD
Mleko kobiece	67	1,2	15	33	52	16
Mleko kobiece + bebilon HMF	83	2,4	53	99	76	52
Mleko modyfikowane	66	1,3	28	50	64	17
Infatrini	100	2,6	40	80	108	32
Infatrini peptisorb	100	2,6	40	80	40	32
Rena start	99	1,5	18	22	23	48

WZÓR

.....
(numer zapotrzebowania nadany przez ministra
właściwego do spraw zdrowia)

ZAPOTRZEBOWANIE

**na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia
pacjenta dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia**

Część A

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko/nazwa²⁾ wystawiającego zapotrzebowanie)

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(kod pocztowy, adres)

.....
(adres miejsca zamieszkania)

.....
(numer telefonu, telefaksu)

.....
(numer PESEL)

.....
(pieczęć wystawiającego zapotrzebowanie)

.....
(nazwa produktu leczniczego)

.....
(nazwa powszechnie stosowana)

.....
(postać farmaceutyczna, dawka)

.....
(ilość produktu leczniczego)

.....
(okres kuracji)

.....
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie¹⁾)

.....
(podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego
prowadzącego szpital lub osoby przez niego
upoważnionej¹⁾)

.....
(podpis i pieczęć konsultanta
z danej dziedziny medycyny)

Załączniki²⁾:

- 1) Informacja dotycząca choroby pacjenta.
- 2) Uzasadnienie dotyczące wnioskowanej ilości produktu leczniczego oraz zastosowania produktu leczniczego, którego dotyczy zapotrzebowanie.
- 3) Lista zawierająca dane pacjentów, których dotyczy zapotrzebowanie oraz ilość produktu leczniczego przeznaczzonego dla danego pacjenta.

Część B

Potwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia

.....
(numer potwierdzenia nadany przez ministra
właściwego do spraw zdrowia)

1) potwierdzam, że względem produktu leczniczego nie zaszły okoliczności, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne²⁾;

2) potwierdzam, że względem produktu leczniczego zaszły okoliczności, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, polegające na²⁾:

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć ministra właściwego do spraw zdrowia)

Część A – wypełnia lekarz prowadzący leczenie.

Części B – wypełnia minister właściwy do spraw zdrowia.

¹⁾ Wypełnić, jeżeli dotyczy.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

**Wniosek o wydanie zgody na refundację sprowadzanego z zagranicy produktu leczniczego
niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczonego do obrotu bez
konieczności uzyskania pozwolenia**

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....
(adres świadczeniobiorcy)

.....
(numer telefon)

Zwracam się do ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie zgody na refundację
sprowadzanego z zagranicy produktu leczniczego niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia
pacjenta dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia:

.....
(nazwa produktu leczniczego, jego postać farmaceutyczna, ilość oraz wytwórca)

.....
(podpis świadczeniobiorcy)

Pacjent z Zespołem Bartera obecnie 2 letni

- - masa urodzeniowa 3500, długość 55cm
- - spadek masy ciała 2900
- - urosepsa w 3 tyg życia
- - 6 tyg życia, zaburzenia elektrolitowe Na, K
- - żywienie przez zgłębnik
- - założenie PEG
- - gastrostomia G-tube (4 x rok)
- - hiperkalcemia

Pacjent ur.25.03.2015

28.12.2015

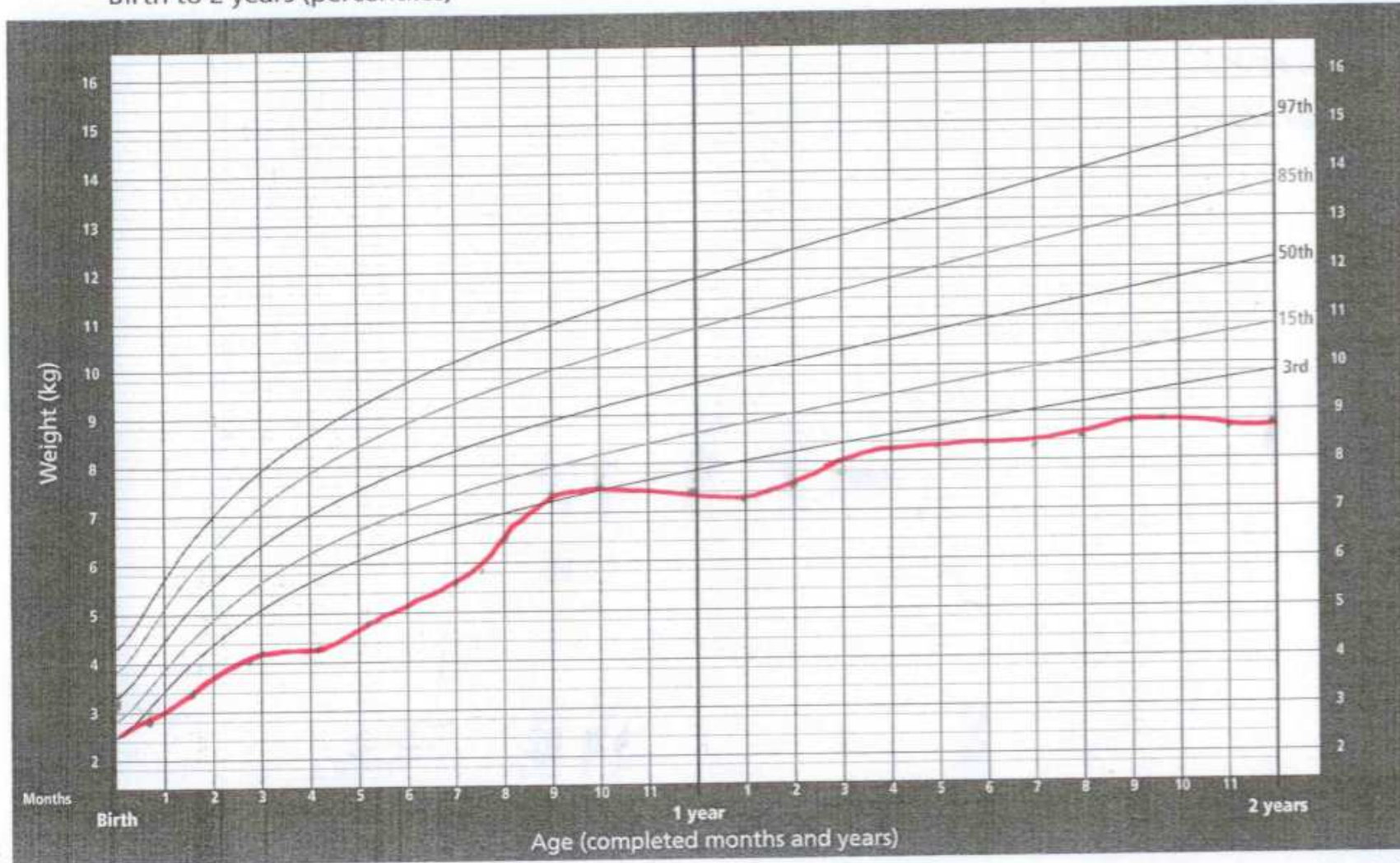
waga - 7400

- Infatrini 250 – pompa 37ml/h – 22:00 – 5:00
- 2 x 100 bebilon AR + fantomalt
- 1 x 100 sok + fantomalt
- 2 x 100 zupa z mięsem (woda 70 + fantomalt 2m +zupa 125 + łyżka oleju)
- godziny karmienia : 8, 11, 14, 17, 20
- kcal – 674 91/kg
- białko – 13 1,8/kg
- tłuszcz – 33
- węglow – 79
- Ca – 351
- P – 204
- Na – 156
- K – 579
- wit D – 266jm

25.03.15

Weight-for-age BOYS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Length-for-age BOYS

Birth to 2 years (percentiles)

