

Planerat nutritionstöd för:.....

Nutrieras via:

- Nasogastrisk sond
- PEG/gastrostomikateter
- Knapp

Annan sond.....

- Sonden skall sitta tills vidare Bör bytas inom.....veckor/månader

Energibehov.....kcal/dygn **Vätskebehov**.....ml/dygn

Proteinbehov.....g/dygn

Näringslösning, sort.....mängd.....ml/dygn

Näringslösning, sort.....mängd.....ml/dygn

Näringslösning, sort.....mängd.....ml/dygn

Extra vätska.....

Tillförselhastighet.....ml/h eller enligt startschema:

Kontinuerligt dag.....enl. pm/rutin Intermittent/Bolus dag.....

Matintag

- Fastar
- SNR-kost
- A-kost
- E-kost

Personlig kost.....

- Endast smakportioner, konsistens.....

Viktkontroll.../ vecka / månad. Vid ofrivillig negativ viktutveckling kontakta läkare/dietist.

Datum.....

Ansvarig personal.....Tel.....