


Přílohy

Příloha 1 – Standardizovaný dotazník nDay

Vyplňte údaje odpovídající Vaší nemocnici																			
 nutritionDay worldwide	FORMULÁŘ NEMOCNICE																		
	Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
	Kód centra <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																		
Kód oddělení <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
1. Celkový počet lůžek v nemocnici <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
2. Počet příjmů do nemocnice v uplynulém roce <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
3. Celkový počet zaměstnanců v nemocnici																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Celkový počet</th> <th>Ekvivalent plného pracovního úvazku</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Celkový počet lékařů</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Lékaři specialisté</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Lékaři bez specializace</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zdravotní sestry</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nutriční terapeuti</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nutriční asistenti</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Farmaceuti</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Personál zajišťující přípravu stravy</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Celkový počet	Ekvivalent plného pracovního úvazku	Celkový počet lékařů		Lékaři specialisté		Lékaři bez specializace		Zdravotní sestry		Nutriční terapeuti		Nutriční asistenti		Farmaceuti		Personál zajišťující přípravu stravy	
Celkový počet	Ekvivalent plného pracovního úvazku																		
Celkový počet lékařů																			
Lékaři specialisté																			
Lékaři bez specializace																			
Zdravotní sestry																			
Nutriční terapeuti																			
Nutriční asistenti																			
Farmaceuti																			
Personál zajišťující přípravu stravy																			
4. Má vaše nemocnice danou strategii nutriční péče? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím																			
5. Jaké jsou ve vaší nemocnici standardy/běžné postupy spojené s výživou?																			
<input type="checkbox"/> Nabízíme nutriční školení																			
<input type="checkbox"/> Je ustanovena řídicí komise pro výživu																			
<input type="checkbox"/> Ukazatele kvality jsou sledovány a hlášeny na národní/regionální úrovni																			
<input type="checkbox"/> Ukazatele kvality jsou používány pro vnitřní srovnání/kontrolu																			
<input type="checkbox"/> K získání zpětné vazby od pacientů užíváme dotazník týkající se stravy a organizace stravování																			
6. Jaké kódy jsou k dispozici/běžně používáte v nemocnici pro účely fakturace a úhrad?																			
Kódy k dispozici	Kódy běžně používané																		
<input type="checkbox"/> Podpora výživy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perorální nutriční doplňky (sipping) <input type="checkbox"/> Parenterální výživa <input type="checkbox"/> Enterální výživa <input type="checkbox"/> Nutriční poradenství <input type="checkbox"/> Specifické dietní intervence 	<input type="checkbox"/> Podpora výživy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perorální nutriční doplňky (sipping) <input type="checkbox"/> Parenterální výživa <input type="checkbox"/> Enterální výživa <input type="checkbox"/> Nutriční poradenství <input type="checkbox"/> Specifické dietní intervence 																		
<input type="checkbox"/> Screening malnutrice	<input type="checkbox"/> Screening malnutrice																		
<input type="checkbox"/> Riziko malnutrice	<input type="checkbox"/> Riziko malnutrice																		
<input type="checkbox"/> Malnutrice (obecně)	<input type="checkbox"/> Malnutrice (obecně)																		
<input type="checkbox"/> Závažnost malnutrice (tj. mírná, střední, těžká)	<input type="checkbox"/> Závažnost malnutrice (tj. mírná, střední, těžká)																		
<input type="checkbox"/> Pro účtování / finance / kontrolu nejsou informace k dispozici	<input type="checkbox"/> Pro účtování / finance / kontrolu nejsou informace k dispozici																		
DĚKUJEME!																			



1. Hlavní specializace (vyberte pouze jednu)

- Vnitřní lékařství - všeobecné
 Vnitřní lékařství - kardiologie
 Vnitřní lékařství - gastroenterologie a hepatologie
 Vnitřní lékařství - gerontologie
 Vnitřní lékařství - infekční choroby
 Vnitřní lékařství - nefrologie
 Vnitřní lékařství - onkologie (včetně radioterapie)
 Mnohooborová
 Léčebna pro dlouhodobě nemocné
 Neurologie
- Všeobecná chirurgie
 Všeobecná chirurgie/Kardio/Cévní/Hrudní
 Neurochirurgie
 Ortopedická chirurgie
 Traumatologie
 ORL
 Gynekologie/ Porodnictví
 Dětské lékařství
 Psychiatrie
 Ostatní

2. Počet registrovaných pacientů v době oběda 3. Celkový počet lůžek na oddělení

4. Počet členů personálu v každé kategorii pro DNEŠNÍ ranní směnu (bez uklízeček a dočasného personálu pro nDay)

	Úplné vzdělání	Ve výuce (probíhá vzdělávání)
Lékaři		
Studenti medicíny	NA	
Zdravotní sestry		
Pomocný ošetrovatelský personál		
Nutriční terapeuti		
Nutriční asistenti		
Administrativní pracovníci		NA
Ostatní členové ošetrovatelského týmu		

5. Je ve vaší nemocnici nutriční tým? Ano Ne6. Má vaše oddělení danou strategii nutriční péče? Ano Ne7. Je na oddělení osoba odpovědná za nutriční péči? Ano Ne8. Má vaše oddělení k dispozici nutričního terapeuta nebo nutričního asistenta? Ano Ne9. Pomáhá pacientům s jídlem speciálně určený personál? Ano Ne

10. Jak Hlavně provádíte nutriční screening/ monitorujete riziko malnutrice u pacientů? (ve sloupci vyberte pouze jednu odpověď)

Při přijetí

- Běžně se nesleduje
 Nejsou stanovena kritéria
 Pouze podle klinické zkušenosti nebo vizuálního hodnocení
 Pouze podle tělesné hmotnosti a BMI
 Pomocí Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
 Pomocí Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 Pomocí Malnutrition Screening Tool (MST)
 Pomocí SNAQ
 Pomocí jiného oficiálního nástroje
 Uvedte, prosím kterého:

V průběhu hospitalizace

- Běžně se nesleduje
 Nejsou stanovena kritéria
 Pouze podle klinické zkušenosti nebo vizuálního hodnocení
 Pouze podle tělesné hmotnosti a BMI
 Pomocí jiného oficiálního nástroje
 Uvedte, prosím kterého:

Prosím pokračujte s dotazníkem 1b



11a. Používáte běžně doporučení nebo standardy pro nutriční péči? Ano Ne

11b. Pokud ano, které především?

- Mezinárodní doporučení Standardy na úrovni oddělení
 Národní doporučení Individuální plány nutriční podpory pacienta
 Standardy na nemocniční úrovni Jiné

12. Co Vaše oddělení běžně provádí u dané skupiny pacientů? (označte vše, co se hodí)

Pozorné sledování dalšího vývoje	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Hodnocení nutriční péče během vizity	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Zpracování individuálního plánu nutriční péče	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Zahájení léčby/ nutriční intervence	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Konzultace s nutričním odborníkem (nutriční terapeut)	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Konzultace s lékařem	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Stanovení potřeby energie	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy
Stanovení potřeby bílkovin	<input type="checkbox"/> V riziku	<input type="checkbox"/> V malnutrici	<input type="checkbox"/> Každý pacient	<input type="checkbox"/> Nikdy

13. Kdy běžně vážíte své pacienty? (označte vše, co se hodí) Na požádání

- Při přijetí Během 48 hodin Jednou týdně Při propuštění
 Během 24 hodin Během 72 hodin Příležitostně Nikdy

14. Co děláte na podporu dostatečného příjmu výživy u pacientů? (označte vše, co se hodí)

- Podáváme další jídla a nebo přesnídávky mezi jídly Zajišťujeme, aby nemocný nebyl rušen během jídla
 Umožňujeme výběr jídel Dbáme na příznivé prostředí pro podávání stravy
 Měníme velikost porcí podle potřeby Bereme v úvahu kulturní a náboženské preference
 Umožňujeme prezentaci jídel Bereme v úvahu alergie a netolerance
 Měníme podle potřeby texturu/konzistenci stravy Jiné
 Zvažujeme pacientovy potíže spojené s jídlem a pitím

15. Jaké jsou běžné postupy/standardy spojené s výživou na vašem oddělení? (označte vše, co se hodí)

- Nabízíme nutriční školení
 Vedení nemocnice je pravidelně informováno o problematice stravování pacientů a nutriční péče
 Ukazatele kvality jsou sledovány a hlášeny na národní/regionální úrovni
 Ukazatele kvality jsou používány pro vnitřní srovnání/kontrolu
 K získání zpětné vazby od pacientů užíváme dotazník týkající se stravy a organizace stravování

16. Na co se ptáte a co je dokumentováno při přijetí? (označte vše, co se hodí)

- Změna hmotnosti Jídelní zvyklosti/potíže Výživa před přijetím

17. Kam jsou zaznamenávány specifické údaje o příjmu stravy, výživě nebo malnutrici? (označte vše, co se hodí)

- a. Záznam pacienta má sekci pro
- označení, zda je pacient v malnutrici nebo v riziku malnutrice nutriční podporu
- b. Propouštěcí zpráva.....
- shrnuje nutriční léčbu během pobytu
 podává nutriční doporučení po propuštění

18. Poskytujete svým pacientům v malnutrici/ riziku malnutrice informační materiály o malnutrici? Ano Ne

19. Kdo vyplnil tento dotazník? (označte vše, co se hodí)

- Vedoucí oddělení Zdravotní sestra Administrativní pracovník
 Nutriční terapeut Lékař Jiné

DĚKUJEME!

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



ÚDAJE O PACIENTOVI FORMULÁŘ 2a

Datum
 Kód centra
 Kód oddělení

Číslo pacienta Iniciály pacienta
 Pohlaví Žena Muž Datum přijetí
 Hmotnost (kg) kg odhadnutá změřená
 Výška (cm) cm odhadnutá změřená Informovaný souhlas pacienta Ano Ne

POKRAČUJTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE PACIENT POSKYTL INFORMOVANÝ SOUHLAS!

1. Přijetí pacienta bylo Plánováno Naléhavé Nevím

2a. Diagnózy při přijetí (označte vše, co se hodí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0100 Infekční a parazitární nemoci | <input type="checkbox"/> 1300 Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně |
| <input type="checkbox"/> 0200 Novotvary | <input type="checkbox"/> 1400 Genitourinální onemocnění |
| <input type="checkbox"/> 0300 Nemoci krve, krevetvorných orgánů a poruchy mechanismu imunity | <input type="checkbox"/> 1500 Těhotenství, porod a šestinedělí |
| <input type="checkbox"/> 0400 Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek | <input type="checkbox"/> 1600 Některé stavy vzniklé v perinatálním období |
| <input type="checkbox"/> 0500 Poruchy duševní a poruchy chování | <input type="checkbox"/> 1700 Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality |
| <input type="checkbox"/> 0600 Nemoci nervové soustavy | <input type="checkbox"/> 1800 Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde |
| <input type="checkbox"/> 0700 Nemoci oka a očních adnex | <input type="checkbox"/> 1900 Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin |
| <input type="checkbox"/> 0800 Nemoci ucha a bradavkového výběžku | <input type="checkbox"/> 2000 Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (např. dopravní nehody, úrazy) |
| <input type="checkbox"/> 0900 Nemoci oběhové soustavy | <input type="checkbox"/> 2100 Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami |
| <input type="checkbox"/> 1000 Nemoci dýchací soustavy | |
| <input type="checkbox"/> 1100 Nemoci trávicí soustavy | |
| <input type="checkbox"/> 1200 Nemoci kůže a podkožního vaziva | |

2b. Hlavní důvod příjmu (pouze jeden kód z výše uvedených)

3. Jakým onemocněním/komorbitami pacient trpí? (označte odpověď u každé otázky)

- | | |
|--|---|
| Kardiální nedostatečnost <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Diabetes <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |
| Infarkt myokardu <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Nádorové onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |
| Chronické plicní onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Infekce <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |
| Cerebrovaskulární onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Demence <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |
| Periferní vaskulární onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Depresivní porucha <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |
| Chronické onemocnění jater <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Jiné chronické mentální onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |
| Chronické onemocnění ledvin <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne | Jiné chronické onemocnění <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne |

4a. Předchozí operace během současné hospitalizace

- Ano, plánovaná Ne
 Ano, akutní

Počet dní od operace dny

4b. Plánovaná operace během této hospitalizace

- Ano, dnes nebo zítra
 Ano, později
 Ne

5. Předchozí přijetí na JIP během této hospitalizace? Ano Ne

6. Je pacient v terminálním stádiu? Ano Ne Nevím

7. Stav hydratace (DNES) V normě Zvýšená hydratace Dehydratace Nevím

8. Počet různých předepsaných léků (DNES) Perorální Jiné

9. Byla u pacienta diagnostikována malnutrice/ riziko malnutrice?

- V malnutrici V riziku malnutrice Ne Nevím

Prosím pokračujte s dotazníkem 2b

Prosím vyplňte údaje pro daného pacienta



nutritionDay
worldwide

ÚDAJE O PACIENTOVI
FORMULÁŘ 2b

Datum

Kód centra

Kód oddělení

Číslo pacienta

Iniciály pacienta

10. Tekutiny i.v. (DNES) Roztoky elektrolytů (NaCl, Ringer laktát apod.) 5% roztok glukózy

11. Počet předepsaných perorálních nutričních přípravků (sipping) (DNES)

12. Příjem výživy (DNES) (označte odpověď u každé otázky)

Běžná nemocniční strava	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Obohacená nemocniční strava	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Proteinové a energetické doplňky stravy (sipping)	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Enterální výživa	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Parenterální výživa	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Speciální dieta	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím

13a. Přístupy a sondy (DNES) (označte odpověď u každé otázky)

Centrální venózní	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Nasoduodenální	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne
Periferní venózní přístup	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Enterostóma	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne
Nasogastrická	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Perkutánní endoskopická/chirurgická gastrostomie	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne
Nasojejunální	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	Perkutánní endoskopická/chirurgická jejunostomie	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne

13b. Vyskytly se od přijetí komplikace (infekce, ucpání) v souvislosti s přístupy a sondami pro výživu?

Ano, dříve Ano, pokračují Ne Nevím

14. Označte, prosím, co z uvedeného podstoupil pacient od přijetí (označte odpověď u každé otázky)

Byla stanovena potřeba energie	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Stanovena potřeba bílkovin	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Příjem stravy/ výživy zaznamenán do dokumentace	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Vypracován nutriční plán	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Konzultace s nutričním odborníkem (nutriční terapeut nebo lékař nutričník)	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím
Malnutrice byla zapsána do pacientovy dokumentace	<input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Nevím

15a. Cílová hodnota energie (VČERA)

- < 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 Nestanoveno
 Nevím

NEBO prosím doplňte

kcal/kg

15b. Příjem energie (VČERA)

- < 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 Nestanoveno
 Nevím

NEBO prosím doplňte

kcal/kg

16. Od přijetí se stav nemocného ..

- Zlepšil Pacient byl právě přijat
 Zhoršil Nevím
 Zůstal stejný

DĚKUJEME!

Číslo pacienta

--	--	--

Iniciály pacienta

--	--	--	--	--	--

1. Jaké jsou Vaše běžné jídelní zvyklosti? (označte vše, co se hodí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nemám žádné zvláštní jídelní zvyklosti | <input type="checkbox"/> Vyhýbám se sacharidům |
| <input type="checkbox"/> Jsem vegetarián | <input type="checkbox"/> Jím nízkotučnou dietu |
| <input type="checkbox"/> Přikláním se k veganské dietě | <input type="checkbox"/> Mám intoleranci na laktózu |
| <input type="checkbox"/> Mám bezlepkovou dietu | <input type="checkbox"/> Jiné speciální diety z důvodu nesnášenlivosti/alergie |
| <input type="checkbox"/> Vyhýbám se přidaným cukrům | <input type="checkbox"/> Jiné |

2. Kde jste pobýval(a) před současným příjmem do nemocnice?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Doma | <input type="radio"/> Přeložení z jiné nemocnice |
| <input type="radio"/> V pečovatelském domě nebo podobném zařízení | <input type="radio"/> Jiné |

3. Jste schopen chodit?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne, mám kolečkové křeslo |
| <input type="radio"/> Ano, s něčí pomocí | <input type="radio"/> Ne, jsem upoutaný(á) na lůžko |
| <input type="radio"/> Ano, s pomocí hole, chodítka nebo berlí | |

4. Obecně lze říci, že Vaše zdraví je

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Velmi dobré | <input type="radio"/> Dobré | <input type="radio"/> Ucházející | <input type="radio"/> Špatné | <input type="radio"/> Velmi špatné |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|

5. Zhruba v průběhu posledních 12 měsíců před aktuální hospitalizací ...

- | | | | |
|---|--|--|------|
| ...kolikrát jste navštívil(a) lékaře? | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | krát |
| | | | |
| ...kolikrát jste byl hospitalizován(a) v nemocnici? | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | krát |
| | | | |
| ...kolik nocí jste strávil(a) v nemocnici? | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | nocí |
| | | | |

6. Kolik různých léků jste užíval(a) denně (před hospitalizací)?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Jeden až dva | <input type="radio"/> žádné |
| <input type="radio"/> Tři až pět | <input type="radio"/> Nevím |
| <input type="radio"/> Více než 5 | |

7. Máte zdravotní pojištění?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ano, pouze soukromé | <input type="radio"/> Ne |
| <input type="radio"/> Ano, povinné veřejné | <input type="radio"/> Nepřeji si odpovédět |
| <input type="radio"/> Ano, obojí | |

8. Jaká byla Vaše váha před 5 lety?

--

 kg Nevím**9a. Zhubl(a) jste během posledních 3 měsíců?**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ano, záměrně | <input type="radio"/> Ne, spravil(a) jsem se |
| <input type="radio"/> Ano, nechtěně | <input type="radio"/> Nevím |
| <input type="radio"/> Ne, vážím stále stejně | |

9b. Pokud ano, o kolik kilogramů jste zhubl(a)?

--

 kg Nevím**10. Věděl(a) jste o své hospitalizaci dva dny před přijetím?**

-
- Ano
-
- Ne

11. Prosím uveďte zdali jste

- | |
|---|
| ... byl(a) zvážen(a) při přijetí do nemocnice <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím |
| ... byl(a) informován(a) o stavu své výživy <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím |
| ... byl(a) informován(a) o možnostech nutriční péče <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím |
| ... dostal(a) speciální nutriční péči nebo léčebnou výživu <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Nevím |

Prosím pokračujte s dotazníkem 3b.

Číslo pacienta

Iniciály pacienta

12. Jak jste jedl(a) poslední týden před přijetím do nemocnice?

- Více než normálně
 Normálně
 Asi 3/4 normálu
 Asi polovinu normálu
 Asi čtvrtinu nebo skoro nic

13. Jak jste celkově spokojen(a) se stravou v nemocnici

- Velmi spokojen(a) Nevím
 Celkem spokojen(a)
 Mé hodnocení je neutrální
 Nespokojen(a)
 Velmi nespokojen(a)

14. Pomáhal vám DNES někdo s jídlem?

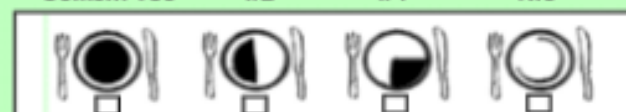
- Ano, člen rodiny či přítel
 Ano, personál nemocnice Ne

15. Mohl(a) jste DNES jíst bez přerušení?

- Ano
 Ne

16a. Prosím označte kolik nemocniční stravy jste DNES snědl(a) k obědu či večeři:

Celkem vše 1/2 1/4 Nic



16b. DNEŠNÍ porce jídla byla ...

- standardní (normální)
 menší
 větší
 nevím

17. Pokud jste vše nesnědl(a), řekněte proč: (označte vše, co se hodí)

- Podané jídlo nemám rád(a)
 Jídlo mi nechutnalo/nebo nevonělo
 Jídlo neodpovídá mým kulturním/náboženským zvyklostem
 Jídlo bylo moc teplé
 Jídlo bylo moc studené
 Z důvodu potravinové alergie/ intolerance (nesnášenlivosti)
 Neměl(a) jsem hlad
 Nemám obvyklou chuť k jídlu
- Mám problémy s polykáním/kousáním
 Normálně jím méně než byla podaná porce jídla
 Měl(a) jsem pocit na zvracení/ zvracel(a) jsem
 Byl(a) jsem moc unaven(a)
 Nemohu jíst bez pomoci
 Měl(a) jsem zakázáno jíst
 Byl(a) jsem na vyšetření/operaci a propásl(a) jsem jídlo
 Nedostal(a) jsem požadované jídlo

18. Napište počet sklenek/šálků tekutin, které jste vyplil(a) za posledních 24 hodin

- Voda Káva Ovocný džus Nutriční přípravek (sipping)
 Čaj Mléko Nealkoholické nápoje Jiné

19a. Jedl(a) jste dnes jiné než nemocniční jídlo? Ano Ne

19b. Pokud ano, uveďte jaké:

- Sladkou svačinu Mléčné produkty
 Slanou svačinu Jídlo z restaurace
 Jídlo z domova Chlébíček/obloženou bagetu
 Ovoce Jiné

20. Jak se změnila Vaše chuť během hospitalizace?

- Zlepšila Zhoršila Zůstala stejná Nevím

21. DNES se cítím...

- Silnější než při přijetí
 Slabší než při přijetí
 Stejně jako při přijetí
 Byl(a) jsem přijat(a) dnes Nevím

22. Můžete DNES chodit bez pomoci?

- Ano
 Ne, pouze s pomocí
 Ne, jsem upoután(a) na lůžku

23. Pomáhal vám někdo s vyplněním dotazníku? Ano Ne

DĚKUJEME!

001/10/2022) EK Nr: 407/2005

Univ.Prof.Dr. Michael Hiesmayr, Priv.Doz.Dr. Karin Schindler, Dr. Almuth Schöniger-Hekele
Univ.Klin.f. Anästhesie, Allg. Intensivmedizin, Schmerztherapie, Klin.Abt. HTG,
Univ.Klin.f. Innere Medizin III

Nutrition Day in European Hospitals (Hospitals worldwide, Nursing homes)

Request for annual renewal

(Entry date: 12.10.2022)

The Ethics Committee has extended on October 14th 2022 the validity of its initial approval by one year.



Univ.Doz.Dr. Martin Brunner

Chair of the Committee

October 14th 2022



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní
Ing. Eva Pastorková

19.10.2023
č.j.: 161/23 S-IV

Vážená paní inženýrko,
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 19.10.2023 Vámi předložený individuální výzkumný projekt č.j. 161/23 S-IV- diplomová práce.

Název studie/Title of CT: Sledování stavu výživy a nutriční péče v průběhu hospitalizace

Žadatel/Applicant: Ing. Eva Pastorková.

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC:
 Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 9.10.2023

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 19.10.2023 (15:30–17:20 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Ing. Eva Pastorková, IV. interní klinika – klinika gastroenterologie a hepatologie 1.LF UK a VFN v Praze, U Nemocnice 2, 128 08 Praha	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno/ Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis z 5.10.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 5.10.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis projektu, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formuláře Nutrition Day pro různé úseky	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientův informovaný souhlas, bez data	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas se shromažďováním a zpracováním osobních údajů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cestné prohlášení o provádění výzkumného projektu ze 5.10.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci z 5.10.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Ing. Eva Pastorková, 8.10.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na IV. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.
Zbyněk
Sklenář,
Ph.D.

Digitálně podepsal
PharmDr. Zbyněk
Sklenář, Ph.D.
Datum: 2023.10.23
17:01:01 +02'00'



ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Bc. Inka Dvořáková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šima, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Sárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Valenta	M/M	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No Komentář/Comments:

Datum/Date: 19.10.2023

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.