

Diferenciace práce nutričních terapeutů kliniky a stravovacího provozu ve FN v Motole
Mgr. Marieta Baliková

1. Zdravotní sestra na každém oddělení vyplní Nutriční screening.
2. Lékař vybere z nutričních screeningů pacienty, kteří jsou v riziku malnutrice nebo v malnutrici a vypíše nutriční konzilium.
3. Nutriční terapeut zjistí, jestli pacient jí dostatečné množství stravy, jestli v poslední době nechtěně nezhubnul, zda-li nemá sníženou chuť k jídlu, popř. jiné výživové problémy, ve spolupráci s nutričními terapeutkami stravovacího provozu zajistí vhodný individuální stravovací režim.
4. Nutriční terapeut vytvoří plán nutriční péče, do kterého zapisuje stav výživy a doporučení. Po operačním výkonu nebo u plánovaných vyšetření nutriční terapeut provede propoččet podávané enterální nebo parenterální výživy, srovná jeho množství s doporučenou denní dávkou, která se počítá přímo na hmotnost a výšku pacienta.
5. Nutriční terapeut propočítává a sleduje realimentaci po operačním výkonu po vyšetřeních nebo po nechutenství, když se pacient začíná realimentovat. Je-li dávka stravy dostatečná a není-li potřeba stravu doplnit sippingem pro dostatečný nutriční příjem.
6. Nutriční terapeut edukuje pacienty s dietním omezením, kteří odchází domů, jak si mají připravovat stravu, aby nebyla jednotvárná a byla dostatečně nutričně vyvážená, případně objedná pacienty do ambulantní péče.

Cíl spolupráce: Zajistit pacientům dostatečnou výživu a hydrataci

Nutriční terapeut ve spolupráci s lékaři sleduje stav výživy pacientů. Pacienti v riziku malnutrice a v malnutrici jsou po celou dobu hospitalizace sledováni. Pacientům je upravena výživa tak, aby se jim nesnižovala hmotnost, aby byli dostatečně živeni pro dobré hojení operační rány, zlepšení zdravotního stavu a zkrácení doby hospitalizace. Pacienti, kteří potřebují speciální výživu v domácím ošetření jsou předáni do ambulancí, které předepisují doplňkovou enterální výživu, případně domácí enterální nebo parenterální výživu.