

NRS-Nutritional Risk Screening auf Mangelernährung und Ernährungsplan Formular



Patientenaufkleber	Stat. Aufnahme:	. .	Umfang OA:	cm
	OP-Datum:	. .	Umfang OS:	cm
	Entlass-Datum:	. .	BMI:	kg/m ²
	Aktuelle Größe:	cm	KG-Verlust:	%
	Aktuelles Gewicht:	kg		
	Ausgangsgewicht:	kg		

Ungewollter Gewichtsverlust innerhalb von	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> >3 Monate
Wie viel % Ihrer üblichen Nahrungsmenge haben sie in der letzten Woche gegessen?	<input type="checkbox"/> >75 %	<input type="checkbox"/> 50 - 75 %	<input type="checkbox"/> 25 - <50 %	<input type="checkbox"/> <25 %
Ist der Body-Mass-Index unter 20,5 kg/m ² ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten <u>ungewollt</u> an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Hat der Patient in der letzten Woche weniger gegessen als normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ist der Patient schwer erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Wird mindestens eine der Fragen mit ja beantwortet, mit dem Hauptscreening fortfahren

Störung des Ernährungszustandes		Punkte
Keine	Kein Gewichtsverlust, normaler Appetit	0
Mild	Gewichtsverlust > 5 % in den letzten 3 Monaten <u>oder</u> Nahrungszufuhr ist zw. 50 - 75 % des Bedarfs in der vergangenen Woche (vor der stationären Aufnahme)	1
Mäßig	Gewichtsverlust > 5 % in den letzten 2 Monaten <u>oder</u> BMI 18,5 - 20,5 kg/m ² <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr 25 - 50 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	2
Schwer	Gewichtsverlust > 5 % im letzten Monat <u>bzw.</u> > 15 % in den letzten 3 Monaten <u>oder</u> BMI < 18,5 kg/m ² <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand <u>oder</u> Nahrungszufuhr 0 - 25 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	3



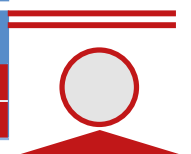
Krankheitsschwere		Punkte
Keine		0
Mild	Patient ist mobilisierbar. Der Proteinbedarf ist gesteigert, kann aber meist durch eine orale Diät oder Supplemente gedeckt werden.	1
Mäßig	Patient ist überwiegend bettlägerig. Der Proteinbedarf ist deutlich erhöht, kann aber gedeckt werden, wobei in den meisten Fällen eine künstliche Ernährung notwendig wird.	2
Schwer	Intensivpatient. Der Proteinbedarf ist in einem Maß erhöht, dass dieser meist durch eine künstliche Ernährung nicht gedeckt werden kann. Allerdings können durch die Ernährungstherapie der Eiweißabbau und die Stickstoffverluste signifikant vermindert werden.	3



Ist der Patient 70 Jahre oder älter?	Nein	0
	Ja	1



Bewertung (nach Kondrup J. et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421)			
Gesamtpunktzahl	0 Punkte	1 - 2 Punkte	3 - 7 Punkte
Mangelernährungsrisiko	Minimal	Leicht	Mittel / Schwer



ALTER	BMI: kg/m ²					
	19 - 24a	25 - 34a	35 - 44a	45 - 54a	55 - 64a	>64a
	≤16,4	≤17,4	≤18,4	≤19,4	≤20,4	≤21,4
	16,4 - 18,0	17,4 - 19,0	18,4 - 20,0	19,4 - 21,0	20,4 - 22,0	21,4 - 23,0
	18 - 19,8	19 - 20,8	20 - 21,8	21 - 22,8	22 - 23,8	23 - 24,8
Kodierempfehlung:	→ E43 (BMI, Stufe 3)		→ E44.0 (BMI, Stufe 2)		→ E44.1 (BMI, Stufe 1)	

NRS-Nutritional Risk Screening auf Mangelernährung und Ernährungsplan Formular



Patientenetikett

Hinweise zu den Kodiervorgaben:

- ❗ Jede Kodiervorgabe kann einzeln, aber auch in Kombination kodiert werden
- ❗ Entsprechende therapeutische, diagnostische oder pflegerische Maßnahmen müssen in der Akte gesondert dokumentiert sein, um die Empfehlung(en) kodieren zu dürfen
- ❗ Bei unterschiedlich zutreffenden Kriterien der Kodiergrundlage bezüglich der Mangelernährung ist der schwerwiegendere Grad der Mangelernährung zu kodieren. Kommt es im Verlauf zu einer Verschlechterung des Ernährungszustandes, der eine Therapieumstellung erfordert, samt Erhöhung des Grads der Mangelernährung ist lediglich der schwerwiegendere Grad der Mangelernährung zu kodieren

Erkrankung/ Symptom

Kodiergrundlage

Kodier- vorgabe

	BMI in kg/m ²								
	19 - 24a	25 - 34a	35 - 44a	45 - 54a	55 - 64a	>64a			
Mangel- ernährung	leichte	<input type="checkbox"/> 18-19,8	<input type="checkbox"/> 19-20,8	<input type="checkbox"/> 20-21,8	<input type="checkbox"/> 21-22,8	<input type="checkbox"/> 22-23,8	<input type="checkbox"/> 23-24,8	<input type="checkbox"/> NRS = 3 <u>und</u> ungew. Gewichtsverlust >5% in letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> E44.1
	mäßige	<input type="checkbox"/> 16,4-18,0	<input type="checkbox"/> 17,4-19,0	<input type="checkbox"/> 18,4-20,0	<input type="checkbox"/> 19,4-21,0	<input type="checkbox"/> 20,4-22,0	<input type="checkbox"/> 21,4-23,0	<input type="checkbox"/> NRS > 3 <u>und</u> BMI 18,5 - 20 kg/m ² <u>oder</u> <input type="checkbox"/> NRS > 3 <u>und</u> ungew. Gewichtsverlust >5% in letzten 2 Monaten	<input type="checkbox"/> E44.0
	erhebliche	<input type="checkbox"/> ≤16,4	<input type="checkbox"/> ≤17,4	<input type="checkbox"/> ≤18,4	<input type="checkbox"/> ≤19,4	<input type="checkbox"/> ≤20,4	<input type="checkbox"/> ≤21,4	<input type="checkbox"/> NRS > 4 <u>und</u> BMI < 18,5 kg/m ² <u>oder</u> <input type="checkbox"/> NRS > 4 <u>und</u> ungew. Gewichtsverlust > 15% in letzten 3 Monaten <u>oder</u> <input type="checkbox"/> NRS > 4 <u>und</u> ungew. Gewichtsverlust > 5% im letzten Monat	<input type="checkbox"/> E43

Kachexie

BMI < 18,5 kg/m²

R64

Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung

fehlende Selbständigkeit:	<input type="checkbox"/> kognitive Störung	<input type="checkbox"/> motorische Störung	<input type="checkbox"/> PEG/MS-Sonde
reduzierte Aufnahme:	<input type="checkbox"/> siehe Ernährungsanamnesebogen NST		
erhöhter Bedarf:	<input type="checkbox"/> Postaggressions-SW	<input type="checkbox"/> Zytostatika	<input type="checkbox"/> Dialysepflicht
	<input type="checkbox"/> onkol. Grunderkrankung	<input type="checkbox"/> COPD mit FEV1 <50%	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung
reduzierte Resorption:	<input type="checkbox"/> Gastrointestinale OP	<input type="checkbox"/> Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Kurzdarm, Malabsorption
	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Anus preater
	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie	

R63.3

Folgen der Energie- und Eiweiß- mangelernährung

Skelettmuskulatur:	<input type="checkbox"/> Kraftverlust	<input type="checkbox"/> Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> Sarkopenie / Muskelatrophie
Herzmuskulatur:	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> alimentäre Kardiomyopathie
Haut:	<input type="checkbox"/> Ulcus Cruris	<input type="checkbox"/> Ulzeration	<input type="checkbox"/> Dekubitus mit Hautdefekt
Immunsystem:	<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie	<input type="checkbox"/> Neutropenie	<input type="checkbox"/> verlangsamte Rekonvaleszenz
	<input type="checkbox"/> Eisenmangel-Anämie	<input type="checkbox"/> alimentäre Anämie	<input type="checkbox"/> Vitamin B12 Mangel Anämie
Blut:			<input type="checkbox"/> Folsäuremangel-Anämie
Stoffwechsel:	<input type="checkbox"/> Blutzucker-Entgleisung	<input type="checkbox"/> Vitamin K Mangel	<input type="checkbox"/> Vitamin B Mangel
			<input type="checkbox"/> Aszites
Allgemeinbefinden:	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Immobilität	
Gehirn:	<input type="checkbox"/> postoperatives Delir		<input type="checkbox"/> Antriebsstörung
Weitere:	<input type="checkbox"/>		

E64.0

Bemerkungen:

Datum: _____

NRS-Nutritional Risk Screening auf Mangelernährung und Ernährungsplan Formular



Ernährungsplan		Energiezufuhr		kcal/d	
Enterale Ernährung		Trinkmenge		ml/d	
Kostform	Ergänzungen zur Kostform	Enterale Ernährung via Sonde	Sondennahrung	Flüssigkeit	
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> ohne Milchprodukte	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> Nutrison Multi Fibre	ml/d	<input type="checkbox"/> Wasser
<input type="checkbox"/> leichte Vollkost	<input type="checkbox"/> glutenfrei	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Nutrison Energy Multi Fibre	ml/d	<input type="checkbox"/> Tee
<input type="checkbox"/> Aufbaukost	<input type="checkbox"/> proteinreich	<input type="checkbox"/> PEJ	<input type="checkbox"/> Nutrison Energy	ml/d	
<input type="checkbox"/> vegetarische Kost	<input type="checkbox"/> proteinarm		<input type="checkbox"/> Nutrison Protein Plus Multi Fibre	ml/d	
<input type="checkbox"/> Flüssignahrung	<input type="checkbox"/> kalium-phosphatarm				
<input type="checkbox"/> Post OP	<input type="checkbox"/> andere Kostform / Allergie:				
<input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Trinknahrung					
<input type="checkbox"/> Fortimel Energy	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Fortimel Jucy	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Fortimel Extra					
<input type="checkbox"/> Fortimel Energy Multi Fibre					
Parenterale Ernährung	Ernährungslösung	Flüssigkeitssubstitution	Lipidlösung	Vitamine	
<input type="checkbox"/> i.v. / Viggo	<input type="checkbox"/> NuTRIflex Peri (1000ml)	<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	<input type="checkbox"/> Lipofundin 20% (250 ml)	<input type="checkbox"/> Vitalipid adult	Vit. A, D ₂ , K ₁ , E (fettlöslich)
	<input type="checkbox"/> NuTRIflex Peri 2,5%E (1500ml)				
<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> NuTRIflex lipid spezial (625ml)	<input type="checkbox"/> Sterofundin ISO		<input type="checkbox"/> Freka VII	Thiamin, Folsäure, Nicotinamid, Biotin, Pyridoxin (wasserlöslich)
	<input type="checkbox"/> NuTRIflex lipid spezial (1875 ml)				
<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> NuTRIflex lipid Emuls. (1875 ml)	<input type="checkbox"/> Ringerlactat		<input type="checkbox"/> Vitamin C <input type="checkbox"/> Vitamin B6	Ascorbinsäure (wasserlöslich) Pyridoxin (wasserlöslich)
	<input type="checkbox"/> NuTRIflex lipid Emuls. (1875 ml)				
Datum der Verordnung		Sonstige Maßnahmen			
		<input type="checkbox"/> Maltodextrin (aus Maisstärke, bei erhöhtem Energie- oder Kohlenhydratbedarf)			
		<input type="checkbox"/> stuhlregulierende Maßnahmen			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
Name und Unterschrift des Arztes	Name und Unterschrift des Ernährungsberaters				

Name und Unterschrift der Pflegekraft: _____