|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UBG-Onkoloji / Form-1.ek | | | | **Tarih: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**  **Hastane Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**  **Ünite Kodu: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** | | | |
| **Kanser hastalarınız için nütrisyon tedavisi genel tedavi planınızın bir parçası mı?** O evet O hayır | | | | | | | |
| **Cevabınız ‘evet’ ise uygulamaya yaklaşımınız nasıldır? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)** | | | | | | | |
| 1-Rutin olarak | | | | | | |  |
| 2-Hasta talep ettiğinde | | | | | | |  |
| 3- Ağırlık kaybı > %10 ise | | | | | | |  |
| 4- Palyatif devrede | | | | | | |  |
| 5-Farkettiğimde | | | | | | |  |
| 6-Diğer (lütfen tanımlayınız). | | |  | | | | |
| **Cevabınız ‘hayır’ ise; neden? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)** | | | | | | | |
| 1. Konuyla ilgili yeterli bilgim yok | | | | | | |  |
| 2-Yeterli zamanımız yok | | | | | | |  |
| 3-Diyetisyenimiz yok | | | | | | |  |
| 4-Nütrisyon desteği ile tümör büyür | | | | | | |  |
| 5-Gerekliliğine inanmıyorum | | | | | | |  |
| 6-Prosedürü uzun (heyet raporu vs.) | | | | | | |  |
| 7-Diğer (lütfen tanımlayınız) | | |  | | | | |
| **Kanser hastaları için hangi nütrisyon tedavisini uygulamaktasınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)** | | | | | | | |
| 1- Enerji ve protein gereksinimlerini hesaplayarak oral beslenme eğitimi veriyoruz | | | | | | |  |
| 2- Oral beslenme destek ürünlerini kullanıyoruz | | | | | | |  |
| 3 -Oral yoldan yeteri kadar beslenemeyen hastaları nazogastrik / nazojejunal yoldan besliyoruz | | | | | | |  |
| 4- Oral yoldan yeteri kadar beslenemeyen hastaları perkutan endoskopik gastrostomi/jejenostomi yoluyla besliyoruz | | | | | | |  |
| 5- Oral yoldan yeteri kadar beslenemeyenleri parenteral yoldan besliyoruz | | | | | | |  |
| 6- Merkezimizde nütrisyon tedavisi uygulanmamakta | | | | | | |  |
| 7-Diğer (lütfen tanımlayınız) | | |  | | | | |
| **Eğer uygulanmıyorsa temel nedenleri belirtiniz. (birden fazla seçenek işaretlenebilir)** | | | | | | | |
| 1-Konuyla ilgili yeterli bilgim yok | | | | | | |  |
| 2-Yeterli zamanımız yok | | | | | | |  |
| 3-Deneyimimiz yok | | | | | | |  |
| 4-Diyetisyen yok | | | | | | |  |
| 5-Konuyla ilgili malzeme ve donanımımız yok | | | | | | |  |
| 6-Diğer (lütfen tanımlayınız) | | |  | | | | |
| **Kanser hastalarında aşağıdaki parametreleri hangi sıklıkla değerlendiriyorsunuz ve hangi metotları kullanıyorsunuz?** | | | | | | | |
|  | **1-düzenli aralıklarla** | **2-her kemoterapi uygulamasında** | | | **3-gerekli olduğunda** | **4-hiçbir zaman** | |
| **Antropometre/ vücut kompozisyonu** | | | | | | | |
| 1. Vücut ağırlığı |  |  | | |  |  | |
| 1. BIA |  |  | | |  |  | |
| 1. Üst orta kol çevresi |  |  | | |  |  | |
| 1. Baldır çevresi |  |  | | |  |  | |
| 1. Biyokimya |  |  | | |  |  | |
| 1. Diğer |  |  | | |  |  | |
| **Vücut fonksiyonları** | | | | | | | |
| 1. El sıkma |  |  | | |  |  | |
| 1. 6 m. yürüme testi |  |  | | |  |  | |
| 1. Diğer |  |  | | |  |  | |
| **Nütrisyonel alımın takibi** | | | | | | | |
| 1. Günde 1 öğünde |  |  | | |  |  | |
| 1. Günde 2 öğünde |  |  | | |  |  | |
| 1. 24 saatlik değerlendirme |  |  | | |  |  | |

**\* Kanser hastası saptanan tüm kliniklerde bu form doldurulacak**