|  |  |
| --- | --- |
| 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**