

DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY NA PIERWSZĄ WIZYTĘ U NEUROLOGOPEDY



IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: WIEK:.....

ZGŁASZANY PROBLEM:

.....

.....

.....

.....

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			

DATA	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
RODZAJ POSIŁKU			
GODZINA PODANIA			
CZAS TRWANIA POSIŁKU			
PRZYGOTOWANA ILOŚĆ			
ZJEDZONA ILOŚĆ			
SPOSÓB PODANIA Pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/ PEG, inne			
POSIŁEK ZJEDZONY Samodzielnie/dziecko karmione			
WIDOCZE TRUDNOŚCI (wymioty, odruchy wymiotne krztuszenie się, płacz, niepokój)			
OBECNOŚĆ DYSTRAKTORÓW (telewizja, telefon, bajki, zabawki itp.)			