

Mat á áhættu á vannæringu

Spurning	Svar	Mat	Stig
1. Hæð: _____ m Þyngd: _____ kg	Líkamsþyngdarstuðull: _____ kg/m ²	>20 kg/m ² 0 stig 18-20 kg/m ² 2 stig <18 kg/m ² 4 stig	
2. Ósjálfrátt þyngdartap undanfarið? Ef já, hve mikið? _____ kg, á hvað löngum tíma? _____ ➔ Þyngdartap er _____ %	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Veit ekki <input type="checkbox"/> Nei	>5% sl mánuð eða 4 stig >10% sl mánuði 5-10% sl mánuði 2 stig Veit ekki 2 stig Veit ekki 2 stig Nei 0 stig	
3. Eldri en 65 ára?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Spurningar 3 til 6: Já 1 stig Nei 0 stig	
4. Vandamál sl vikur og mánuði:			
A. Dagleg uppköst í meira en 3 daga?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
B. Daglegur niðurgangur (þunnar hægðir þrisvar á dag eða oftar)?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
C. Viðvarandi léleg matarlyst eða ógleði?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
D. Erfiðleikar við að kyngja eða tyggja?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
5. Hefur legið á sjúkrahúsi í 5 daga eða lengur sl 2 mánuði?	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
6. Hefur gengist undir aðgerð sem telst veruleg sl mánuð? Ef já, hvað var gert? _____	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
7. Sjúkdómar			
Bruni >15%	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	Já 5 stig Nei 0 stig	
Innlögn vegna vannæringar	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		
Fjöláverkar (multiple trauma)	<input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei		

Stig samtals:

Útfyllt af _____ Dags: _____

**5 stig eða fleiri benda til þess að það séu sterkar líkur á vannæringu
Fyrir lungna- og krabbameinssjúklinga skal miða við 4 stig eða fleiri**