

Subjective Global Assessment (SGA)

Einschätzung des Ernährungszustandes* im Krankenhaus

Name, Vorname _____ Untersuchungsdatum _____
 Geburtsdatum _____ Station _____

A. Anamnese

1. Gewichtsveränderung:

in den vergangenen **6 Monaten:** _____ kg (_____ % Körpergewicht)

Abnahme < 5 % Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
Abnahme 5-10 % Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
Abnahme > 10 % Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
in den vergangenen 2 Wochen:	
Zunahme	<input type="checkbox"/>
keine Veränderung	<input type="checkbox"/>
Abnahme	<input type="checkbox"/>

2. Nahrungszufuhr:

Veränderungen im Vergleich zur üblichen Zufuhr:

nein

ja Dauer: _____

suboptimale feste Kost	<input type="checkbox"/>
ausschließlich Flüssigkost	<input type="checkbox"/>
hypokalorische Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>
keine Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>

3. Gastrointestinale Symptome (> 2 Wochen):

nein

ja

Übelkeit	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>

4. Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit:

in den vergangenen **6 Monaten:**

keine	<input type="checkbox"/>
mäßig/eingeschränkt arbeitsfähig	<input type="checkbox"/>
stark/bettlägerig	<input type="checkbox"/>

in den vergangenen **2 Wochen:**

Verbesserung	<input type="checkbox"/>
Verschlechterung	<input type="checkbox"/>

5. Auswirkung der Erkrankung auf den Nährstoffbedarf:

Hauptdiagnose: _____

metabolischer Bedarf:	kein/niedriger Stress	<input type="checkbox"/>
	mäßiger Stress	<input type="checkbox"/>
	hoher Stress	<input type="checkbox"/>

B. Körperliche Untersuchung

	normal	leicht	mäßig	stark
Verlust von subkutanem Fettgewebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwund (Quadrizeps, Deltoideus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knöchelödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
präsakrale Ödeme (Anasarka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aszites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Subjektive Einschätzung des Ernährungszustandes

A = gut ernährt

B = mäßig mangelernährt
bzw. mit Verdacht auf Mangelernährung

C = schwer mangelernährt

* nach Detsky et al., JPEN 1987; 11: 8-13



Produkt- und Ernährungsberatung:
Telefon 00800 700 500 00

www.nutricia.de/screening

Danone Deutschland GmbH
Am Hauptbahnhof 18
D-60329 Frankfurt am Main
Tel. 069 719 135 0
Fax 069 719 135 45 22
info.danone.de@danone.com
www.nutricia.de/med

Danone Österreich GmbH
Halleiner Landesstraße 58
A-5412 Puch/Hallein
Tel. 06245 794 0
Fax 06245 794 331
info.danone.at@danone.com
www.nutricia.de/at/med

Danone Schweiz AG
Hardturmstrasse 135
CH-8005 Zürich
Tel. 044 306 90 00
Fax 044 306 89 89
info.danone.ch@danone.com
www.nutricia.de/ch-de/med