

Programa pre-intensivo de alimentación

Registro de 3 días de consumo de alimentos

Instrucciones:

Antes de iniciar el programa intensivo de alimentación, registre en estas páginas todo lo que su hijo coma, beba o reciba por la sonda durante 3 días. Incluya 1 día del fin de semana (sábado o domingo). Fíjese en todo lo que suceda durante la alimentación por sonda o mientras el niño come. Por ejemplo, quién está presente, el lugar donde come y lo que está haciendo su hijo. Es muy importante apuntar la cantidad de comida, bebida o alimento por sonda en las medidas correctas (en cucharaditas [TSP], cucharadas [TBS], tazas [CUP], onzas [oz], etc.). Todo esto nos ayudará a para planificar mejor los cambios antes de iniciar el programa entendiendo mejor tanto el horario que sigue el niño para alimentarse como las dificultades que se presentan.

Fecha	Hora	Comida, alimento por sonda o bebida que le ofrece	Por boca o sonda	Cantidad que come o recibe por la sonda	Lugar donde come	Notas:
<i>Ejemplo</i>						
6 de diciembre	8 a.m.	4 oz. de jugo de naranja, taza con tapa	Boca	2 oz	Cocina	Con la mamá y la hermana
		1 waffle	Boca	¾ waffle	Mesa, silla alta	Come solo
		1 cucharadita (tsp) de margarina (Parkay)	“	¾ cucharadita de margarina	“	
		1 cucharadita (tsp) de almíbar para panqueques, (Golden Griddle)	“	¾ cucharadita de almíbar	“	“
	9 a.m.	6 oz. PediaSure enlatado	Sonda	6 oz.	En la sala, caminando, viendo la televisión	Vomitó 2 oz.

Nombre del paciente: _____

Día 2: (fecha) _____

Día de la semana: LUN MAR MIE JUE VIE SAB DOM (marque uno)

Fecha	Hora	Comida, alimentación por sonda o bebida que le ofrece	Por boca o sonda	Cantidad que come o recibe por la sonda	Lugar donde come	Notas:



Pre-intensive Feeding Program 3-Day Food Intake Record

Instructions:

Before starting the intensive feeding program, record all foods that your child eats, drinks or receives by tube for 3 days on these pages. Include 1 weekend day (Saturday or Sunday). Note anything that was happening during the tube feeding, meal or snack such as who was present, where the feeding took place and what your child was doing. It is very important that you record the amount of food, drink or tube feeding in the correct measurements (use teaspoons, tablespoons, cups, ounces etc). This will help us understand your child's usual feeding schedule and challenges so that we can plan the feeding schedule changes before the program is started.

Date	Time	Food, tube feeding or drink offered	Mouth or tube	Amount eaten or given by tube	Meal or snack location	Notes
<i>Example</i>						
Dec 6	8 a.m.	4 oz orange juice, tippy cup	Mouth	2 oz	Kitchen	With Mom, sister
		1 waffle	Mouth	¾ waffle	Table, in highchair	Feeding self
		1 tsp margarine (Soft-spread Parkay)	"	¾ teaspoon margarine	"	"
		1 tsp pancake syrup, (Golden Griddle)	"	¾ teaspoon syrup	"	"
	9 a.m.	6 oz PediaSure from can	Tube	6 oz	Living room, walking around, watching television	Vomited 2 oz

Patient name: _____

Day 2: (date) _____

Day of the week: Mon Tue Wed Thurs Fri Sat Sun (circle one)

Date	Time	Food, tube feeding or drink offered	Mouth or tube	Amount eaten or given by tube	Meal or snack location	Notes

