

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز آموزشی درمانی/درمانی: Medical Center:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان

Adults' Professional Nutritional Assessment & care Form

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No :

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
	Room: اتاق:		
	Bed: تخت:		
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Sex: جنس:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Female <input type="checkbox"/> زن: Male <input type="checkbox"/> مرد:	(روز/ماه/سال)	
Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:	Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:		
Food or Drug Allergy: حساسیت غذایی یا دارویی	Current status of Pregnancy/Lactation وضعیت بارداری/شیردهی:		
	باردار <input type="checkbox"/> Pregnant شیرده <input type="checkbox"/> Nursing هیچکدام <input type="checkbox"/> None		
	وزن قبل از بارداری: چند قلوئی: هفته بارداری:		
نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک:			
تغذیه دهانی <input type="checkbox"/> Oral Nutrition			
تغذیه وریدی <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition			
منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/> Nil Per Os			
تغذیه با لوله <input type="checkbox"/> Tube Feeding			
BMI (kg/m2): نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع):	Height (Cm): قد (سانتیمتر):	Current Body Weight (Kg): وزن فعلی (کیلوگرم):	
Recent Weight Change (Y/N): تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	(Adjusted) IBW (Kg): وزن ایده آل (تعدیل شده):		
Weight Variation Duration (W/M): مدت زمان تغییرات وزن اخیر:	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):		
Malnutrition Grade: نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:			
سوء تغذیه خفیف <input type="checkbox"/> Mild Malnutrition			
سوء تغذیه متوسط <input type="checkbox"/> Moderate Malnutrition			
سوء تغذیه شدید <input type="checkbox"/> Severe Malnutrition			
Gastrointestinal/Digestive Disorders مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر:			
Reflux <input type="checkbox"/> ریفلاکس	Diarrhea <input type="checkbox"/> اسهال	Vomiting <input type="checkbox"/> استفراغ	Nausea <input type="checkbox"/> تهوع
Constipation <input type="checkbox"/> یبوست	Anorexia <input type="checkbox"/> کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته	اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندانی) <input type="checkbox"/> Chewing Problems	
Dysphagia / Swallowing Problems <input type="checkbox"/> اختلال در بلع غذا	اختلال در عبور غذا از مری به معده <input type="checkbox"/> Cardiac Stenosis		

Clinical Status

وضعیت بالینی:

Fat loss  کاهش چربی پوستی مشهود

Muscle loss  تحلیل عضلانی مشهود

Ascites  آسیت

Edema  ادم

The Laboratory Test Needed

آزمایش های مورد نیاز برای تنظیم رژیم / پیگیری

Food and Drug Interactions

تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:

Nutritional Needs

نیازهای تغذیه ای:

انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d):

پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d):

سایر مواد مغذی مورد نیاز:

Recommended diet & supplements

دستور تغذیه و رژیم درمانی: نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای

Physician s' Name/signature/stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج

Dietitians' Name /Signature/Stamp نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان:

Date of Form Approving

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:

Date of Form Filling

تاریخ تکمیل فرم:

\*کدهای خدمت (در اولین نوبت -ارزیابی):

۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰

حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۲۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۳۰ + ۹۰۱۷۵۷

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۳۵ + ۹۰۱۷۵۷

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

## فرم پیگیری وضعیت تغذیه

### Nutritional Status Follow up Form

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
	Room: اتاق:		
	Bed: تخت:		
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Sex: جنس: Female <input type="checkbox"/> زن Male <input type="checkbox"/> مرد	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر:

مهر و امضا رژیم درمان	کد خدمت* RVU	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	وضعیت اشتها Appetite Status (ضعیف / متوسط / خوب)	شدت سوء تغذیه Malnutrition (خفیف / متوسط / شدید)	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	تبعیت از رژیم compliance	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	وزن Weight (Kg)	فراسنج Parameter نوبت پیگیری (Date of follow-up)
									نوبت اول First Follow-up تاریخ:
									نوبت دوم Second Follow-up تاریخ:
									نوبت سوم Third Follow-up تاریخ:

آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟  خیر  بلی

آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟  خیر  بلی

\* کدهای خدمت در هر جلسه از پیگیری:

۹۰۱۷۴۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۲۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۳۰ + ۹۰۱۷۵۷

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۳۵ + ۹۰۱۷۵۷