

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center


مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

## فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

|  |  |   |                              |
|--|--|---|------------------------------|
| Attending Physician<br>پزشک معالج:   | ward<br>بخش:   | Name<br>نام:                                | Family Name<br>نام خانوادگی: |
|  | Room<br>اتاق:  |   |                              |
|  | Bed<br>تخت:  |   |                              |
| Date of Admission<br>تاریخ پذیرش:  | Sex<br>جنس:<br>Female <input type="checkbox"/> دختر<br>Male <input type="checkbox"/> پسر | Date of birth<br>تاریخ تولد:                | Father Name<br>نام پدر       |
| Underlying Dis.<br>بیماری های زمینه ای:  |  | Dx.<br>تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج: |                              |
| Food and Drug Allergy<br>سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:<br>Yes <input type="checkbox"/> بلی<br>No <input type="checkbox"/> خیر<br>نوع حساسیت:   |  |   |                              |
| Nutrition according to physician's recommendation<br>نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج:<br>Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی<br>Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه وریدی<br>Nil Per Os <input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان<br>Tube Feeding <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله |  |   |                              |
| Recent supplement Intake History<br>مکمل های مورد استفاده:   |  |   |                              |
| Type of Nutrition<br>نوع تغذیه:<br>شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر مصنوعی <input type="checkbox"/> شیر مصنوعی .....<br>غذای کمکی <input type="checkbox"/> غذای خانواده <input type="checkbox"/> شیر دام <input type="checkbox"/> نوع شیر دام.....  |  |   |                              |
| Birth weight<br>وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۵ سال):<br>..... کیلو و ..... گرم  | Weight at admission<br>وزن هنگام پذیرش:<br>..... کیلو و ..... گرم                        |   |                              |
| Length/Height for age Z score<br>Z score قد برای سن:   | Height /Length at admission<br>قد هنگام پذیرش (سانتیمتر):                                |   |                              |
| BMI for age Z score<br>Z score نمایه توده بدنی برای سن (برای سنین ۵-۱۸ سال):   | Weigh for Heigh Z score<br>Z score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال):                |   |                              |
| اشتهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر یا بیمار:<br>Well <input type="checkbox"/> خوب<br>Moderate <input type="checkbox"/> متوسط<br>Weak <input type="checkbox"/> ضعیف  |  |   |                              |
|   |  |   |                              |
| ۹۷/۵ - G5 - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید - V1 - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود  |  |   |                              |

|   |   |
|---|---|
| <p>Gastrointestinal/Digestive Disorders</p> <p>مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر:</p> <p>کاهش وزن ناشی از بیماری <input type="checkbox"/> weight loss</p> <p>تهوع <input type="checkbox"/> Nausea      استفراغ <input type="checkbox"/> Vomiting      اسهال <input type="checkbox"/> Diarrhea</p> <p>کاهش مصرف یا بی اشتهایی طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> Anorexia      یبوست <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p>اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندان‌ای) <input type="checkbox"/> Chewing Problems      اختلال در بلع غذا <input type="checkbox"/> Dysphagia / Swallowing Problems</p> <p>اختلال در عبور غذا از مری به معده <input type="checkbox"/> Cardiac Stenosis</p> |   |
| <p>The Laboratory Test Needed:</p> <p>آزمایشات لازم برای تنظیم رژیم/ پیگیری:</p>  |   |
| <p>Food and Drug Interactions</p> <p>تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:</p>  |   |
| <p>Nutrition Requirments:</p> <p>نیازهای تغذیه ای:</p> <p>انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d):</p> <p>پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d):</p> <p>سایر مواد مغذی مورد نیاز:</p>  |   |
| <p>Nutritional diagnosis, recommended diet &amp; supplements</p> <p>تشخیص تغذیه ای، نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای</p>  |   |
| <p>نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج</p> <p>Physician s' Name/signature/stamp</p>  | <p>نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان:</p> <p>Dietitians' Name /Signature/Stamp</p> |
| <p>Date of Form Approving</p> <p>تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:</p>  | <p>Date of Form Filling</p> <p>تاریخ تکمیل فرم:</p>   |
| <p>*کدهای خدمت (در اولین نوبت - ارزیابی):</p> <p>۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰</p> <p>در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵      حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰      حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵</p>  |   |

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

### فرم پیگیری وضعیت تغذیه

#### Nutritional Status Follow up Form

ID Number : کد ملی:

Unit No : شماره پرونده:

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

| مهر و امضا رژیم درمان<br>Dietitians' signature and stamp | کد خدمت*<br>RVU | رژیم غذایی پیشنهادی<br>Recommended diet | وضعیت اشتها<br>Appetite Status<br>(ضعیف / متوسط / خوب) | تبعیت از رژیم<br>Compliance<br>(-/+) | نحوه تغذیه<br>Intake Route<br>(EN-TPN-PO-NPO) | نتیجه آزمایشات مورد نیاز<br>Laboratory test results | وزن<br>Weight<br>(Kg) | فراسنج<br>Parameter<br>نوبت پیگیری<br>(Date of follow-up) |
|--|-----------------|---|--|--------------------------------------|---|---|-----------------------|---|
|  |                 |   |  |                                      |   |   |                       | نوبت اول<br>First Follow-up<br>تاریخ:                     |
|  |                 |   |  |                                      |   |   |                       | نوبت دوم<br>Second Follow-up<br>تاریخ:                    |
|  |                 |   |  |                                      |   |   |                       | نوبت سوم<br>Third Follow-up<br>تاریخ:                     |

|  |            |
|--|------------|
| آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی                  | زمان ترخیص |
| آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی |            |
| آیا Z score وزن برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی<br>Z score: -----                       |            |
| آیا Z score نمایه توده بدنی برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی<br>Z score: -----           |            |
| آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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