وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

**Ministry of Health & Medical Education**

#####  دانشگاه علوم پزشكي: University of Medical Science:

 **مركز آموزشي درماني/درمانی:** **Medical Center:**

**فرم ارزيابي تخصصي و مراقبت تغذيه اي بزرگسالان**

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No :

**Adults’ Professional Nutritional Assessment & care Form**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام خانوادگي: | Family Name | نام: | Name: | بخش: | Ward  | پزشك معالج: | Attending Physician: |
| اتاق: | Room |
| تخت: | Bed |
| نام پدر: | Father Name | تاريخ تولد:)روز/ماه/سال) | Date of Birth | جنس:مرد: Male  | Sexزن: Female  | تاریخ پذیرش :  | Date Of Admission: |
|  وضعيت بارداري/شيردهي: Current status of Pregnancy/Lactation  باردار : [ ]  Pregnant شيرده [ ]  Nursing هیچکدام [ ]  None  | ميزان فعاليت بدني اخير بيمار:Recent physical activity level خيلي سبك [ ]  sedentary سبك [ ]  mild متوسط [ ]  moderate شديد [ ] Extreme  |
| سابقه مصرف اخير مكمل هاي غذايی و داروها :  Recent medicine or supplement intake history  | تشخيص بيماري بر اساس نظر پزشك معالج: Dx.  |
| بيماري های زمينه اي: Underlying Dis.  | داروهاي تجويز شده توسط پزشك معالج: Medicine Order  |
| حساسيت غذايي يا دارويي: Food or Drug Allergy  | دستورغذايي پزشك معالج:Diet Order  |
|  نحوه تغذيه تعيين شده توسط پزشك: تغذيه دهاني [ ]  Oral Nutrition منع تغذيه با دهان [ ]  Nil Per Os  تغذيه وريدي [ ]  Total Parenteral Nutrition تغذيه با لوله [ ]  Enteral Nutrition  |
| اطلاعات تن سنجيAnthropometric Data :  |
| وزن فعلي (کيلوگرم): Current Body Weight (Kg)  | قد (سانتيمتر): Height (Cm)  | نمايه توده بدني (کيلوگرم/مترمربع): BMI (kg/m2)  |
| وزن معمول (کيلوگرم): (Kg) Usual Body Weight  | دور بازو (سانتيمتر): MAC (Cm)  | ضخامت چين پوستي(سانتيمتر): Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps )  |
| وزن ايده آل (کيلوگرم): Ideal Body Weight (Kg)  | تغيير وزن اخير: (بلي/خير):  Recent Weight Change (Y/N) مقدار افزايش / کاهش(کيلوگرم) : | مدت زمان تغييرات وزن اخير:  Weight Variation Duration(W/M)( هفته / ماه (  |
| V1- این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود. |  |  ***کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت- 19- 11/93******فرم ارزيابي تخصصي و مراقبت تغذيه اي بزرگسالان***  |
|  |  |  |
| مشكلات گوارشي و غذايي : Gastrointestinal/Digestive Disorders  تهوع[ ]  Nausea استفراغ [ ]  Vomiting اسهال [ ]  Diarrhea ريفلاكس [ ]  (Reflux) کاهش مصرف يا بي اشتهايي طي هفته گذشته [ ]  Anorexia یبوست [ ]  Constipation اختلال بلع و جويدن غذا [ ]  Dysphagia and Chewing Problems مشكلات دهاني يا دنداني/ دندان مصنوعي [ ]  Denture problems  |
| وضعيت باليني: Clinical Status تحليل عضلاني مشهود [ ]  Wasting کاهش چربي زير جلدي [ ]  (Subcutaneous Dystrophy) ادم [ ]  Edema  آسیت [ ]  Ascitisتغييرات مو و پوست، ناخن [ ]  Skin ,Hair, & Nails changes ضعف/ لرزش [ ]  weakness/tremors  |
| آزمايش هاي مورد نياز براي پيگيري The Laboratory Test Needed for Fallow up   |
| تاريخچه مختصر رژیم غذايي/سابقه رژيم هاي غذاييDiet History  |
|  نتيجه ارزيابي شدت سوء تغذيه: Malnutrition Grade: در معرض سوء تغذيه [ ]  At Risk of Malnutrition سوء تغذيه متوسط[ ]  Moderate Malnutrition سوء تغذيه شديد [ ]  Severe Malnutrition  |
| نيازهاي تغذيه اي: Nutritional Needs انرژي مورد نياز (Energy: Kcal/d) : پروتئين مورد نياز (Protein: g /d):  حجم مايعات مورد نياز (Fluid: cc/d) : مكمل تغذيه اي مورد نياز(Supplement) : |
| تداخلات غذايی با داروهاي مصرفي بيمار: Food and Drug Interactions    |
| رژيم غذايي تنظيم شده توسط مشاور تغذيه در اولين ويزيت: Recommended Diet at the First Visit   |
| نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء مشاور تغذيه: Dietitians’ Name /Signature/Stamp  تاريخ تكميل فرم: Date of Form Filling  | نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء پزشک معالجPhysician s’ Name/signature/stamp تاريخ رؤيت فرم تکميل شده: Date of Form Approving  |

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي**

**Ministry of Health & Medical Education**

##### دانشگاه علوم پزشكي: University of Medical Science:

**مركز پزشكي آموزشي درماني:** **Medical Center**

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No :

**فرم پيگيري وضعيت تغذيه**

**Nutritional Status Fallow up Form**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام خانوادگي: Family Name:  | نام: Name: | بخش:Ward : اتاق Room : :تخت: Bed:  | پزشك معالج: | Attending physician  |
|  |  | تاريخ پذيرش:  | Date of admission: |
| نام پدر: | Father Name: |  تاريخ تولد: Date of Birth: | جنس : : Sexمرد: Male زن: Female  |
|  شاخصIndex نوبت ويزيت(Date of visit) | **وزن****(Kg)****Weigh*t*** | **محيط د ور بازو****(Cm)****MAC** | **نتيجه آزمايشات****مورد نیاز****Laboratory test result*s*** | **ادم****(+/-)****Edema** | **نحوه تغذيه****Intake Route****(EN-TPN-PO-NPO*)*** | **وضعيت اشتها****(ضعيف/ متوسط/ خوب)*****Appetite Status*** | **مکمل هاي غذايي پیشنهادی****Recommended supplemen*t*** | **رژيم غذايي پیشنهادی****Recommended die*t*** | **مهر و امضا مشاور تغذيه****Dietitians’ signature and stamp** |
| نوبت اول First Visit................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نوبت دومSecond Visit ................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نوبت سوم Third Visit.................. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نوبت چهارم Fourth Visit................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نوبت پنجمFifth Visit.................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نوبت ششمSixth Visit.................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| آيا بيمار پس از ترخيص نياز به ادامه رعایت رژيم غذايي تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ بلي[ ] خير[ ] آيا آموزش هاي لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟بلي[ ] خير[ ]  |
| نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء مشاور تغذيه: Dietitians’ Name /Signature/Stamp تاريخ تكميل فرم: Date of Form Filling  |

  ***کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت- 20- 11/93***

***فرم پيگيري وضعيت تغذيه***