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 | | Sex  زن: 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 : : Sex  مرد: Male زن: Female | | |
| شاخص  Index  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؟ بليخير  آيا آموزش هاي لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟بليخير | | | | | | | | | | | |
| 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***