

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 ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان
Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician پزشک معالج:	ward بخش:	Name : نام :	Family Name نام خانوادگی:
Date of Admission تاریخ پذیرش:	Room اتاق:	Date of birth تاریخ تولد:	Father Name نام پدر
The Cause of the Current Admission علت بستری کنونی:		Male <input type="checkbox"/> پسر Female <input type="checkbox"/> دختر	Sex : جنس:
Food and Drug Allergy سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: Yes <input type="checkbox"/> بلی No <input type="checkbox"/> خیر نوع حساسیت:			
Nutrition according to physician's recommendation نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج : NPO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/>			
Recent supplement Intake History توع مکمل های مورد استفاده :			
Type of Nutrition نوع تغذیه: <input type="checkbox"/> شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک نوع شیر خشک <input type="checkbox"/> تغذیه تکمیلی <input type="checkbox"/> غذای خانواده			
Anthropometric Index Data اطلاعات شاخص های تن سنجی :			
Birth weight وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم	Weight at admission وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم		
Mid Upper Arm Circumference (MUAC) اندازه دور وسط بازو برای سن برای کمتر از ۵ سال:	Height /Length at admission قد هنگام پذیرش (سانتیمتر):		
BMI ZScore Z Score نمایه توده بدنی (برای سنین ۱۸-۵ سال):	Weigh ZScore for Heigh Z Score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال):		
اشتهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر یا بیمار:  Well <input type="checkbox"/> خوب Moderate <input type="checkbox"/> متوسط Weak <input type="checkbox"/> ضعیف			
Underlying Disease: بیماری زمینه ای (نام ببرید):			

ارزیابی کاهش یا دریافت تغذیه ای بیمار:

Assessing the patient's dietary intake or reduction

 داشتن رژیم غذایی خاص قبل از بستری کاهش دریافت تغذیه ای به دلیل درد هیچکدام اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو تا سه روز گذشته استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو تا سه روز گذشته کاهش دریافت غذایی در طول چند روز قبل از بستری

The Laboratory Test Needed for Follow up:

آزمایشات لازم برای پیگیری:

Nutrition Requirments:

نیاز های تغذیه ای:

Supplement

مکمل:

Protein

پروتئین:

Energy

انرژی:

Diet

رژیم غذایی:

Advice and Food Avoid

توصیه ها و پرهیز های غذایی به همراه (مادر) بیمار:

Dietitians' Name /Signature/Stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:

Date of Form Filling

تاریخ تکمیل فرم:

Pediatrician/Surgen s' Name /Signature/Stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:

Date of Form Approving

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودکان و نوجوانان بستری

Children and adolescents' Nutritional Follow up Form

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:			
Date of admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:			
Bed: تخت:									
مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	وضعیت اشتها  Appetite Status	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	ادم (-/+) Edema	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	محیط دوز بازو (Cm) MUAC	وزن (Kg) Weight	شاخص Index
									نوبت پیگیری (Date of Follow up)
									تاریخ پیگیری اول First Follow up
									تاریخ پیگیری دوم Second Follow up
								تاریخ پیگیری سوم Third Follow up	
آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی									
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 قد بیمار هنگام ترخیص کمتر از -2 است؟									
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص بیشتر از +2 است؟									
آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی									
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:		Dietitians' Name /Signature/Stamp			نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء کارشناس تغذیه:				
کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - G6 -									
								V1	
								۹۷/۵	

