

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:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room اتاق:	Date of Birth تاریخ تولد:	Father Name نام پدر:
	Bed تخت:	(روز/ماه/سال)	
Recent physical activity level میزان فعالیت بدنی اخیر بیمار:	Sex جنس:	Current status of Pregnancy/Lactation وضعیت بارداری/شیردهی:	
mild سبک <input type="checkbox"/>	Female زن: <input type="checkbox"/>	Pregnant باردار: <input type="checkbox"/>	
sedentary خیلی سبک <input type="checkbox"/>	Male مرد: <input type="checkbox"/>	Nursing شیرده <input type="checkbox"/>	
Extreme شدید <input type="checkbox"/>		None هیچکدام <input type="checkbox"/>	
moderate متوسط <input type="checkbox"/>			
Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:	Recent medicine or supplement intake history سابقه مصرف اخیر مکمل های غذایی و داروها:		
Medicine Order داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:	Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:		
Diet Order دستور غذایی پزشک معالج:	Food or Drug Allergy حساسیت غذایی یا دارویی:		
<p>نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک:</p> <p>تغذیه دهانی <input type="checkbox"/> Oral Nutrition</p> <p>تغذیه وریدی <input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition</p> <p>منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/> Nil Per Os</p> <p>تغذیه با لوله <input type="checkbox"/> Enteral Nutrition</p>			
Anthropometric Data اطلاعات تن سنجی:			
BMI (kg/m2) نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع):	Height (Cm) قد (سانتیمتر):	Current Body Weight (Kg) وزن فعلی (کیلوگرم):	
Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps) ضخامت چین پوستی (سانتیمتر):	MAC (Cm) دور بازو (سانتیمتر):	Usual Body Weight (Kg) وزن معمول (کیلوگرم):	
Weight Variation Duration(W/M) مدت زمان تغییرات وزن اخیر: (هفته / ماه)	Recent Weight Change (Y/N) تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	Ideal Body Weight (Kg) وزن ایده آل (کیلوگرم):	
	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):		

Gastrointestinal/Digestive Disorders

مشکلات گوارشی و غذایی :

(Reflux) ریفلاکس Diarrhea اسهال Vomiting استفراغ Nausea تهوع
 Constipation یبوست Anorexia کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته
 Denture problems مشکلات دهانی یا دندان‌ها / دندان مصنوعی Dysphagia and Chewing Problems اختلال بلع و جویدن غذا

Clinical Status

وضعیت بالینی:

Edema ادم (Subcutaneous Dystrophy) کاهش چربی زیر جلدی Wasting تحلیل عضلانی مشهود
 weakness/tremors ضعف/ لرزش Skin ,Hair, & Nails changes تغییرات مو و پوست، ناخن Ascitis آسیت

The Laboratory Test Needed for Fallow up

آزمایش های مورد نیاز برای پیگیری

Diet History

تاریخچه مختصر رژیم غذایی / سابقه رژیم های غذایی

Malnutrition Grade:

نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:

Severe Malnutrition سوء تغذیه شدید Moderate Malnutrition سوء تغذیه متوسط At Risk of Malnutrition در معرض سوء تغذیه

Nutritional Needs

نیازهای تغذیه ای:

پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d) :

انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d) :

مکمل تغذیه ای مورد نیاز (Supplement) :

حجم مایعات مورد نیاز (Fluid: cc/d) :

Food and Drug Interactions

تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:

Recommended Diet at the First Visit

رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:

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 مشاور تغذیه:

Date of Form Approving

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:

Date of Form Filling

تاریخ تکمیل فرم:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

فرم پیگیری وضعیت تغذیه

Nutritional Status 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:		Sex: جنس:					
		Female <input type="checkbox"/> زن Male <input type="checkbox"/> مرد							
مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	وضعیت اشتها (ضعیف / متوسط / خوب) Appetite Status	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	ادم (-/+) Edema	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	محیط دور بازو (Cm) MAC	وزن (Kg) Weight	شاخص Index
									نوبت ویزیت (Date of visit)
									نوبت اول First Visit
								
									نوبت دوم Second Visit
								
									نوبت سوم Third Visit
								
نوبت چهارم Fourth Visit									
.....									
نوبت پنجم Fifth Visit									
.....									
نوبت ششم Sixth Visit									
.....									
		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟							
		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟							
Date of Form Filling: تاریخ تکمیل فرم:		Dietitians' Name /Signature/Stamp		نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:					