

فرم ارزیابی اولیه تغذیه
Nutrition Screening Form
 بیمارستان.....

شماره پرونده:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	بخش:	تاریخ پذیرش در بخش:
		اتاق:	نوع پذیرش اولیه: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> بستری
جنس:	سن:	تخت:	نوبت غربالگری: اول <input type="checkbox"/> تاریخ: دوم <input type="checkbox"/> تاریخ:
<input type="checkbox"/> مرد	قد:		
<input type="checkbox"/> زن	وزن:		
خیر	بلی		
		۱ آیا نمابه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می باشد؟	
		۲ آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته بیش از ۵٪ کاهش وزن ناخواسته داشته است؟	
		۳ آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل شده است؟	
		۴ آیا بیماری فرد شدید و مخاطره آمیز است؟ *	
نتیجه غربالگری نوبت اول: تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> تکرار غربالگری بعد از یک هفته لازم است <input type="checkbox"/>			
نتیجه غربالگری نوبت دوم: تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم نیست <input type="checkbox"/>			

v3 * منظور از شدت بیماری موارد ابتلا به یکی از بیماریهای زیر به ویژه با عوارض حاد مانند بیماریهای کلیه و سیروز، COPD، دیالیز، دیابت کنترل نشده، فشار خون بالا، بیماریهای دستگاه گوارش، اونکولوژی، بیماری های نورولوژیک، سکت، پنومونی، پیوند اعضا، سوختگی، بیماران کاندید عمل جراحی می باشد.

نام و نام خانوادگی و
 مهر و امضای پرستار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه بزرگسالان

Adults' Professional Nutrition Assessment Form

بیمارستان.....

شماره پرونده :		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		بخش:		تاریخ پذیرش:	
جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		سن:		اتاق:		نوع پذیرش اولیه: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> اورژانس		تاریخ درخواست مشاوره تغذیه از سوی پزشک یا غربالگری:	
متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>		شغل:		تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:		سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:		سابقه بیماری زمینہ ای:	
بیماری زمینہ ای:		سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:		داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:		سابقه عادات غذایی:		سابقه مصرف مکمل های تغذیه ای و داروها:	
سابقه عادات غذایی:		سابقه مصرف مکمل های تغذیه ای و داروها:		دستور غذایی پزشک معالج:		دستور غذایی پزشک معالج:		دستور غذایی پزشک معالج:	
1) اطلاعات تن سنجی :									
وزن فعلی (کیلوگرم):		Current Body Weight		قد (سانتیمتر):		Height		نمایه توده بدنی (کیلوگرم/متر مربع):	
وزن معمول (کیلوگرم):		Usual weight		دور بازو (سانتیمتر):		MAC (cm):		ضخامت چین پوستی (Biceps-Triceps):	
وزن ایده آل (کیلوگرم):		Ideal Weight		تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):		Weight Change		مدت زمان تغییرات وزن اخیر: (هفته / ماه)	
2) مشکلات گوارشی و غذایی :									
<input type="checkbox"/> Nausea تهوع		<input type="checkbox"/> Vomiting استفراغ		<input type="checkbox"/> Diarrhea اسهال		<input type="checkbox"/> Anorexia کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته		<input type="checkbox"/> Denture مشکلات دهانی یا دندان مصنوعی	
<input type="checkbox"/> Constipation یبوست		اختلال بلع و جویدن غذا		<input type="checkbox"/> Swallowing and Chewing Problems		<input type="checkbox"/> Wasting تحلیل عضلانی مشهود		<input type="checkbox"/> تغییرات مو و پوست	
3) وضعیت بالینی:									
<input type="checkbox"/> کاهش چربی زیر جلدی		<input type="checkbox"/> ادم		<input type="checkbox"/> آسیت		<input type="checkbox"/> تغیرات مو و پوست		<input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition تغذیه وریدی	
<input type="checkbox"/> Nil per os منع تغذیه با دهان		<input type="checkbox"/> Enteral Nutrition تغذیه با لوله		<input type="checkbox"/> Oral Nutrition تغذیه دهانی		<input type="checkbox"/> سوء تغذیه شدید		<input type="checkbox"/> سوء تغذیه متوسط	
4) نحوه تغذیه طبق دستور پزشک:									
5) داده های آزمایشگاهی موجود: آزمایشات تکمیلی مورد نیاز:									
6) نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه: سوء تغذیه نادر <input type="checkbox"/> سوء تغذیه متوسط <input type="checkbox"/> سوء تغذیه شدید <input type="checkbox"/>									
7) نحوه پیگیری تغذیه بیمار: ارائه تغذیه روتین بیمارستانی <input type="checkbox"/> پیگیری بیمار توسط مشاور تغذیه <input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص تغذیه یا مشاور تغذیه دوره دیده <input type="checkbox"/>									
برنامه ریزی و مداخلات تغذیه ای									
1) نیازهای تغذیه ای		انرژی مورد نیاز روزانه:		پروتئین مورد نیاز روزانه:		حجم مایعات مورد نیاز روزانه:		مکمل تغذیه ای مورد نیاز:	
2) مداخله تغذیه ای و رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:									
آموزش های ارائه شده به بیمار/همراهان:									
10) تاریخ تکمیل فرم توسط مشاور تغذیه:					11) تاریخ رؤیت فرم (تکمیل شده) توسط پزشک معالج:				
مهر و امضاء مشاور تغذیه:					مهر و امضاء پزشک معالج:				

کارتکس ثبت غذایی و پیگیری روند تغذیه بیمار توسط مشاور تغذیه*

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ پذیرش: نام پزشک معالج:

نام و نام خانوادگی مشاور تغذیه:						تاریخ:
صبحانه	میان وعده صبح	ناهار	عصرانه	شام	میان وعده آخر شب	
نتیجه ارزیابی تغذیه ای بیمار:						

* به ازای هر روز بستری، ردیف مجزایی برای ثبت غذایی و پیگیری بیمار تکمیل می شود

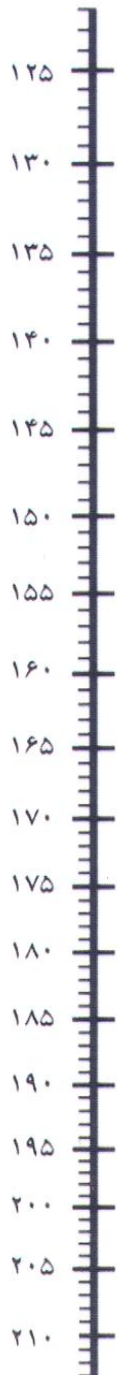
جدول پیگیری تغییرات روزانه شاخص های تغذیه ای بیمار توسط مشاور تغذیه

روز اول	روز دوم	روز سوم	روز چهارم	روز پنجم	روز ششم	روز هفتم	تاریخ ویزیت
.....	نام شاخص
							وزن
							محیط دور بازو (MAC)
							نحوه تغذیه (EN-TPN-PO-NPO)
							آزمایشات
							سایر موارد:
							مکمل توصیه شده
							Plan و رژیم غذایی پیشنهادی

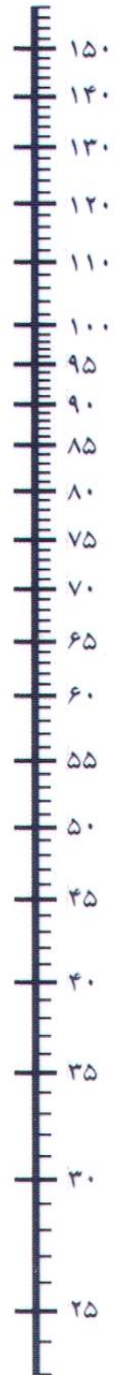
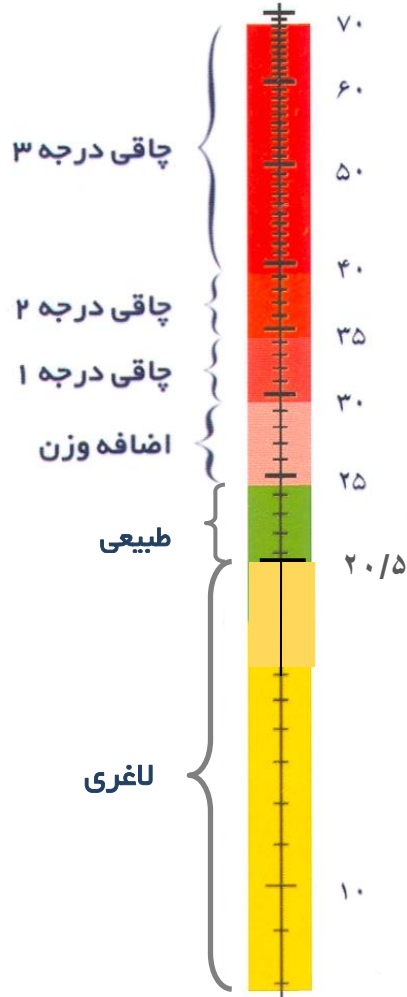
نومو گرام جهت تعیین نمایه توده بدنی بزرگسالان

قد (سانتیمتر)

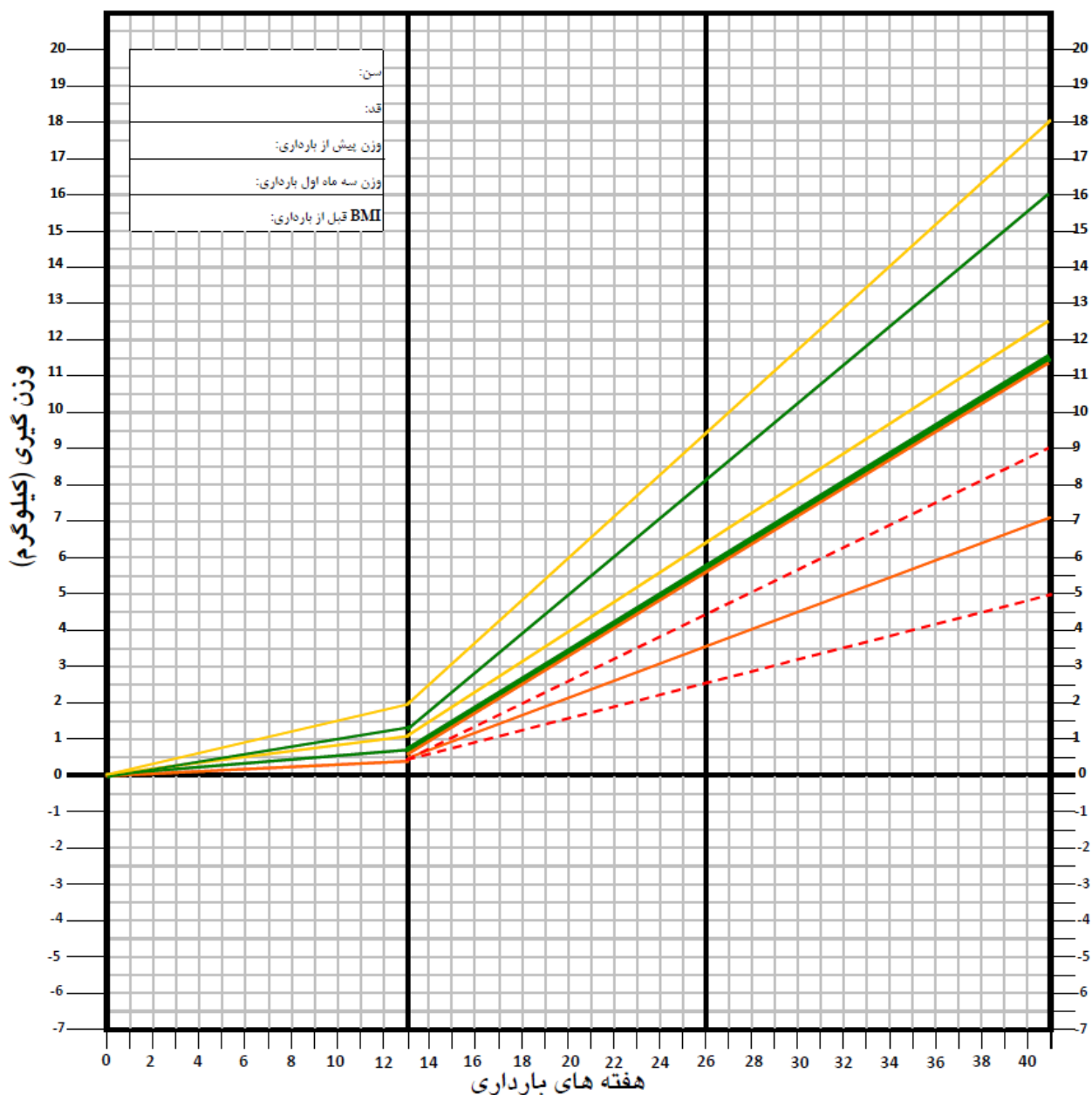
وزن (کیلوگرم)



نمایه توده بدنی (BMI)



جدول وزن گیری دوران بارداری



- محدوده زرد رنگ که در حد فاصل وزن گیری ۱۲/۵ تا ۱۸ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار لاغر با نمایه توده بدنی قبل از بارداری کمتر از ۱۸/۵ است.
- محدوده سبز رنگ که حد فاصل وزن گیری ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار طبیعی با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ است.
- محدوده نارنجی رنگ که حد فاصل وزن گیری ۷ تا ۱۱/۵ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار دارای اضافه وزن با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۵ تا ۲۹/۹ است.
- محدوده قرمز رنگ که حد فاصل دو خط چین وزن گیری ۵ تا ۹ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار چاق با نمایه توده بدنی قبل از بارداری بیشتر یا مساوی ۳۰ است.

