

فرم های مراقبت تغذیه ای

برنامه تحول سلامت

در حوزه بهداشت

دفتر بهبود تغذیه جامعه

زمستان ۱۳۹۴

فرم های ارزیابی تغذیه ای، پی گیری و گزارش گیری

۱. فرم ارزیابی تغذیه ای موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۱)
۲. فرم مراقبت های تغذیه ای در مراجعات بعدی مراجعه کنندگان به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۲)
۳. فرم برنامه غذایی مراجعین به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۳)
۴. فرم خدمات تغذیه ای توسط پزشک (فرم شماره ۴)
۵. فرم آماری برنامه های آموزشی کارشناس تغذیه (فرم شماره ۵)
۶. فرم آماری مراجعات به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۶)
۷. فرم آماری شش ماهه خدمات تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان (فرم شماره ۷)
۸. فرم آماری سالانه مراقبت های تغذیه ای کارشناسان تغذیه مراکز جامع خدمات سلامت دانشگاه (فرم شماره ۸)
۹. برگه ارجاع و بازخورد مراقبت تغذیه ای

فرم ارزیابی تغذیه ای موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۱)

شماره پرونده خانوار: نام پایگاه:	شماره ملی:	امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه ای مراقب سلامت (برای افراد بالای ۶ سال):	تاریخ ارجاع توسط مراقب سلامت:
فرد ارجاع دهنده: مراقب سلامت <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/>	نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: سن:	تحصیلات:
جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۶ سال):	بیماری مادرزادی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> اگر دارد، نام بیماری:	وضعیت فیزیولوژیک بانوان: باردار <input type="checkbox"/> شیرده <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>
وزن (کیلوگرم):	قد (سانتی متر):	نمایه توده بدنی (برای بالای ۶ سال):	دور کمر (برای بالای ۱۸ سال):
وزن مطلوب (برای همه افراد به استثناء مادران باردار و افراد زیر ۱۸ سال):	تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):	زمان تغییرات وزن اخیر (هفته / ماه):

علت ارجاع به کارشناس تغذیه:

پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه <input type="checkbox"/>	چربی خون بالا <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	دیابت <input type="checkbox"/>	چاقی <input type="checkbox"/>	اضافه وزن <input type="checkbox"/>
کم وزنی <input type="checkbox"/>	کوتاه قدی <input type="checkbox"/>	لاغری <input type="checkbox"/>	کم خونی مادر باردار <input type="checkbox"/>		
مصرف مکمل ها: آهن (کودک زیر ۲ سال، نوجوان، مادر باردار و شیرده): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مولتی ویتامین/ ویتامین آ+د (کودک زیر ۲ سال): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ویتامین "د" ۵۰ هزار واحدی (نوجوان، میانسال، سالمند) کلسیم + د (سالمند) بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مولتی ویتامین مینرال حاوی ید (مادر باردار و شیرده): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اسید فولیک (مادر باردار و شیرده): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					

نحوه تغذیه:

• کودکان زیر ۲ سال	انحصاری با شیر مادر <input type="checkbox"/>	شیر مصنوعی <input type="checkbox"/>	شیر دام <input type="checkbox"/>	هر دو <input type="checkbox"/>	تغذیه کمکی <input type="checkbox"/>	سن شروع: ماه
• افراد بالای ۲ سال	مطابقت شروع مواد غذایی با دستورعمل های کشوری: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	غذای سفره <input type="checkbox"/>	هله هوله <input type="checkbox"/>	بار مصرف در روز:		
وعده های غذایی اصلی: صبحانه <input type="checkbox"/> محل صرف: ناهار <input type="checkbox"/> محل صرف: شام <input type="checkbox"/> محل صرف: میان وعده ها: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> قبل از خواب <input type="checkbox"/>	هله هوله <input type="checkbox"/> بار مصرف: نوشابه <input type="checkbox"/> بار مصرف:	فست فودها <input type="checkbox"/> بار مصرف:	عادات غذایی ویژه: ..			

مشکلات گوارشی:

تهوع <input type="checkbox"/>	استفراغ <input type="checkbox"/>	زخم معده یا دوازدهه <input type="checkbox"/>	اسهال <input type="checkbox"/>	یبوست <input type="checkbox"/>	اختلال بلع و جویدن غذا <input type="checkbox"/>	دندان مصنوعی <input type="checkbox"/>
حساسیت غذایی <input type="checkbox"/>	ویار بارداری <input type="checkbox"/>	ماده غذایی:	سایر موارد: <input type="checkbox"/>			

وضعیت فعالیت بدنی (بازی، پیاده روی، ورزش):

• کودکان ۶-۱۸ سال:	مدت زمان فعالیت بدنی: ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر <input type="checkbox"/>	کمتر از ۴۲۰ دقیقه در هفته <input type="checkbox"/>	بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/>
• بزرگسالان:	مدت زمان استفاده از تلویزیون، رایانه و دستگاه های مشابه در روز: بیشتر از ۲ ساعت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ ساعت <input type="checkbox"/>	بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/>
مدت زمان فعالیت بدنی: ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته <input type="checkbox"/>		

سابقه بیماری / عوامل خطر در فرد:

کلیسترول خون بالا <input type="checkbox"/>	بیماری های قلبی عروقی <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	دیابت <input type="checkbox"/>	چاقی <input type="checkbox"/>	سرطان <input type="checkbox"/>	سایر موارد: <input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

سابقه فامیلی بیماری / عوامل خطر:

کلیسترول خون بالا <input type="checkbox"/>	بیماری های قلبی عروقی <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	دیابت <input type="checkbox"/>	چاقی <input type="checkbox"/>	سرطان <input type="checkbox"/>	سایر موارد: <input type="checkbox"/>
--	--	--	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

وضعیت منحنی وزن برای سن (گروه سنی ۶-۰ سال): -زیر منحنی ۳- انحراف معیار <input type="checkbox"/> -بالای منحنی ۳- انحراف معیار ولی موازی و صعودی با منحنی رشد نیست <input type="checkbox"/> -بالای منحنی ۳- انحراف معیار و موازی و صعودی با منحنی رشد <input type="checkbox"/> -رشد نامعلوم (نقطه وزن کودک بالای منحنی و نبود کارت پایش رشد) <input type="checkbox"/>		وضعیت منحنی قد برای سن (گروه سنی ۶-۰ سال): -زیر منحنی ۳- انحراف معیار <input type="checkbox"/> -بالای منحنی ۳- انحراف معیار ولی موازی و صعودی با منحنی رشد نیست <input type="checkbox"/> -بالای منحنی ۳- انحراف معیار و موازی و صعودی با منحنی رشد <input type="checkbox"/> -رشد قدی نامعلوم (نقطه قد کودک بالای منحنی و نبود کارت پایش رشد) <input type="checkbox"/>	
BMI برای گروه سنی ۱۸-۶ سال: طبیعی: زد اسکور مساوی یا بیشتر از ۲- و کمتر یا مساوی ۱+ <input type="checkbox"/> چاق: زد اسکور بیشتر از ۲+ <input type="checkbox"/> لاغری شدید: زد اسکور کمتر از ۳- <input type="checkbox"/> لاغری: زد اسکور بیشتر یا مساوی ۳- و کمتر از ۲- <input type="checkbox"/> کوتاه قدی: زد اسکور بیشتر یا مساوی ۳- و کمتر از ۲- <input type="checkbox"/> بلند قدی شدید: زد اسکور بیشتر از ۳+ <input type="checkbox"/>			
بیماری زمینه ای مرتبط با سوء تغذیه: بیماری های گوارشی <input type="checkbox"/> سیلیاک <input type="checkbox"/> شکاف کام <input type="checkbox"/> بیماری های عفونی <input type="checkbox"/> بیماری قلبی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> هیپوتیروئیدی <input type="checkbox"/> سایر بیماری ها <input type="checkbox"/>			
اطلاعات کودکان ۰-۱۸ سال		اطلاعات مادران باردار	
سن بارداری:		تعداد قل:	
تعداد بارداری های قبلی:		فاصله این حاملگی با حاملگی قبلی: ماه	
سابقه بیماری در حاملگی های قبلی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		سابقه سقط جنین: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
در صورت بلی نام بیماری:		در صورت بلی تعداد سقط:	
سابقه زایمان نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		سابقه نوزاد ماکروزم: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
سابقه شیردهی در زایمان های قبلی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		مدت شیردهی: ماه علت توقف شیردهی در زایمان های قبلی:	
وزن قبل از بارداری (یا وزن ۳ ماهه اول بارداری): (Kg)		نمایه توده بدنی قبل از بارداری (یا ۳ ماهه اول بارداری)	
روند وزن گیری بر اساس منحنی وزن گیری <input type="checkbox"/> بالاترازمحدوده <input type="checkbox"/>		محدوده وزن گیری مناسب بر حسب BMI قبل از بارداری: کم وزن <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> اضافه وزن <input type="checkbox"/> چاق <input type="checkbox"/>	
سابقه و نوع داروها / مکمل های مصرفی:			
سابقه و نوع رژیم غذایی:			
نتیجه معاینات بالینی و آزمایشات: BP: _____ FBS: _____ TG: _____ Chol: _____ BUN: _____ Cr _____			
تشخیص نهایی:			
توصیه ها و برنامه های تغذیه ای:			
توصیه های فعالیت بدنی:			
تاریخ مراجعه بعدی:		تاریخ تکمیل فرم و مهر و امضاء کارشناس تغذیه:	

فرم مراقبت های تغذیه ای در مراجعات بعدی مراجعه کنندگان به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۲)

نام و نام خانوادگی:

تاریخ مراجعه:

شماره ملی:

شماره پرونده:

تاریخ مراجعات پس از اولین ویزیت	وضعیت پیروی از توصیه های تغذیه ای ارائه شده در مراجعه قبلی*	وضعیت پیروی از توصیه های فعالیت بدنی ارائه شده در مراجعه قبلی*	نتایج معاینات بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی	وزن (کیلوگرم)	قد (متر)	نمایه توده بدنی (کیلوگرم /متر مربع)	اقدامات

* در صورت پیروی کامل از توصیه ها، "مطلوب"، در صورت عدم پیروی از توصیه ها "نامطلوب" و در صورت پیروی نسبی از توصیه ها، "نسبتاً مطلوب" درج گردد.

فرم برنامه غذایی مراجعین به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۳)

نام و نام خانوادگی:

تاریخ مراجعه:

شماره ملی:

شماره پرونده:

چربی ها	سبزی	میوه	شیر و لبنیات	گوشت ها	نان و غلات	
..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	صبحانه
..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	میان وعده صبح
..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	ناهار
..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	عصرانه
..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	شام
..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	..... واحد	قبل از خواب
توصیه های تغذیه ای:						
تاریخ مراجعه بعدی:						

نمونه برنامه غذایی روزانه

	صبحانه
	میان وعده صبح
	ناهار
	عصرانه
	شام
	قبل از خواب

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء کارشناس تغذیه :

لیست واحدها و گروه های غذایی:

واحد	گروه
<p>یک برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متری (به اندازه یک کف دست) نان سنگگ (به وزن تقریبی ۳۰ گرم)</p> <p>یک برش ۷ × ۷ سانتی متری نان بربری (به وزن تقریبی ۳۰ گرم)</p> <p>سه برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متری نان لواش (به وزن تقریبی ۳۰ گرم)</p> <p>یک برش نان فانتزی (به وزن تقریبی ۳۰ گرم)</p> <p>یک کفگیر متوسط (معادل چهار قاشق غذاخوری) برنج پخته</p> <p>یک کفگیر متوسط ماکارونی پخته</p> <p>یک کاسه کوچک (نصف لیوان) انواع حبوبات پخته</p> <p>یک عدد سیب زمینی متوسط پخته</p> <p>یک عدد چغندر متوسط پخته</p> <p>یک کاسه کوچک (نصف لیوان) ذرت، نخودفرنگی یا باقلای پخته</p> <p>دو عدد بیسکویت دیجستيو (ساقه طلایی)</p> <p>سه عدد بیسکویت پتی بور ساده</p>	گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌ای:
<p>۳۰ گرم گوشت قرمز؛ گوسفند یا گوساله (حدوداً" به اندازه یک قوطی کبریت)</p> <p>۳۰ گرم گوشت مرغ (حدوداً" به اندازه یک قوطی کبریت)؛ مثلاً یک طرف سینه مرغ معادل ۴ واحد، یک عدد ران مرغ معادل سه واحد، و یک عدد ساق مرغ معادل ۲ واحد گوشت است.</p> <p>۳۰ گرم گوشت ماهی</p> <p>۳۰ گرم پنیر</p> <p>یک عدد تخم مرغ کامل</p> <p>دو تا سه عدد سفیده تخم مرغ</p> <p>۳۰ گرم سوسیس یا کالباس</p>	گروه گوشت ها:
<p>یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) شیر</p> <p>یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست</p> <p>دو تا سه لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) دوغ</p>	گروه شیر و لبنیات
<p>یک عدد سیب قرمز یا زرد متوسط (حدوداً" به وزن ۱۰۰ تا ۱۲۰ گرم)</p> <p>یک عدد پرتقال متوسط، یک عدد موز متوسط، یک عدد لیمو شیرین متوسط، دو عدد نارنگی متوسط، دو عدد کیوی متوسط، ۳ عدد زردآلوی متوسط، ۴-۵ عدد انجیر متوسط، یک قاچ هندوانه، خربزه یا طالبی (به اندازه یک عدد سیب متوسط)، ۲ عدد شلیل متوسط، ۱۰ عدد گیلاس متوسط، یک عدد خوشه انگور (به اندازه یک عدد سیب متوسط)، ۳ عدد خرما متوسط</p> <p>نصف لیوان (حدوداً" ۱۰۰ میلی لیتر) آب میوه طبیعی، یک چهارم لیوان (حدوداً" ۵۰ گرم) میوه خشک</p>	گروه میوه‌ها
<p>یک عدد گوجه فرنگی متوسط</p> <p>یک عدد بادنجان متوسط</p> <p>یک عدد هویج متوسط</p> <p>یک عدد کدوخورشی متوسط</p>	گروه سبزی ها:
<p>یک قاشق مرباخوری انواع روغن (۵گرم)</p> <p>یک قاشق مرباخوری کره (۵گرم)</p> <p>یک قاشق مرباخوری مایونز (۵گرم)</p> <p>یک قاشق غذاخوری خامه (۱۵گرم)</p> <p>۵-۶ عدد بادام، بادام زمینی، بادام هندی یا فندق</p> <p>۱-۲ عدد گردو</p> <p>۷-۸ عدد زیتون</p>	گروه چربی‌ها

فرم خدمات تغذیه ای توسط پزشک (فرم شماره ۴)

شماره پرونده: نام پایگاه:	شماره ملی:	تاریخ ارجاع توسط مراقب سلامت:	امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه ای مراقب سلامت (برای افراد بالای ۶ سال):
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تحصیلات:
وزن هنگام تولد برای کودکان زیر ۶ سال (کیلوگرم):	وزن کنونی (Kg):	قد (Cm):	نمایه توده بدنی (برای افراد بالای ۶ سال):
دور سر کودکان زیر ۲ سال:	دور کمر (برای افراد بالای ۱۸ سال):	مقدار افزایش / کاهش وزن اخیر (Kg):	فشار خون:

<input type="checkbox"/> فشار خون بالا	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> هایپرلیپیدمی
<input type="checkbox"/> کودک زیر ۶ سال با وزن برای سن زیر -3SD	<input type="checkbox"/> کودک زیر ۶ سال با قد برای سن زیر -3S	
<input type="checkbox"/> فرد ۶ تا ۱۸ سال با BMI برای سن بیشتر از +۱ (اضافه وزن و چاقی) <input type="checkbox"/> فرد ۶ تا ۱۸ سال با BMI برای سن کمتر از ۲- (کم وزنی و کم وزنی شدید) <input type="checkbox"/> فرد ۶ تا ۱۸ سال با قد برای سن کمتر از ۲- (کوتاه قدی و کوتاه قدی شدید)		
<input type="checkbox"/> جوان/میانسال با BMI ۳۰ و بالاتر <input type="checkbox"/> جوان/میانسال با BMI نامطلوب در محدوده لاغری (۵/ ۱۸ و کمتر) <input type="checkbox"/> میانسال با دور کمر بالاتر از ۹۰		
<input type="checkbox"/> سالمند با BMI ۳۰ و بالاتر <input type="checkbox"/> سالمند با BMI کمتر از ۱۹ <input type="checkbox"/> سالمند با امتیاز ۰-۷ از مراقب سلامت		
<input type="checkbox"/> مادر باردار با BMI قبل از بارداری ۲۵ و بالاتر (اضافه وزن و چاقی) <input type="checkbox"/> مادر باردار با BMI قبل از بارداری کمتر از ۱۸/۵ <input type="checkbox"/> مادر باردار با روند وزن گیری نامطلوب		

علت ارجاع به پزشک:

مصرف مکمل ها:	آهن (کودک زیر ۲ سال، نوجوان، مادر باردار و شیرده):	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	منظم <input type="checkbox"/>	نامنظم <input type="checkbox"/>
مولتی ویتامین/ ویتامین آ+د (کودک زیر ۲ سال):	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	منظم <input type="checkbox"/>	نامنظم <input type="checkbox"/>	
ویتامین "د" ۵۰ هزار واحدی (نوجوان، میانسال، سالمند)	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	منظم <input type="checkbox"/>	نامنظم <input type="checkbox"/>	
کلسیم + د (سالمند)	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	منظم <input type="checkbox"/>	نامنظم <input type="checkbox"/>	
مولتی ویتامین مینرال حاوی ید (مادر باردار و شیرده):	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	منظم <input type="checkbox"/>	نامنظم <input type="checkbox"/>	
اسید فولیک (مادر باردار و شیرده):	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	منظم <input type="checkbox"/>	نامنظم <input type="checkbox"/>	

سابقه و نام بیماری:
سابقه و نوع داروها / مکمل های مصرفی:

درخواست آزمایشات:	Hb: (جهت مادر باردار)	FBS:	TG:	Chol:	BUN:
Cr:					
سایر آزمایشات تکمیلی:					
تشخیص نهایی:					

اقدامات: -
تاریخ مراجعه بعدی:
تاریخ تکمیل فرم و امضاء پزشک:

فرم آماری برنامه های آموزشی کارشناس تغذیه (فرم شماره ۵)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز جامع خدمات سلامت.....

سه ماهه

سال

موضوع					مواد آموزشی / روش ارائه آموزش	تعداد ساعت آموزش	تعداد آموزش گیرندگان	مشخصات آموزش آموزش گیرندگان
سایر	موضوعات متناسب با مناسبت ها	تغذیه و بیماری ها	تغذیه در گروه های سنی مرتبط	رهنمودها و گروه های غذایی				
								مادران و مراقبین کودک
								دانش آموزان
								جوانان
								میانسال
								سالمندان
								مادران باردار و شیرده
								مراقبین سلامت
								کارکنان درون بخش
								کارکنان سایر سازمان ها
								فروشنندگان موادغذایی، رستوران داران، اغذیه فروش ها، متصدیان بوفه مدارس
								نانوایان
								بیماران
								سایر
								جمع کل

نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه
امضاء و تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز
امضاء

فرم آماری مراجعات به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۶)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان.....

مرکز جامع خدمات سلامت.....

سه ماهه

سال

جمع کل	دیس لیپیدی	فشار خون بالا	دیابت	چاقی	اضافه وزن	لاغری	کم وزنی	کوتاه قدی	کم خونی	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	علت مراجعه گروه سنی
											۶-۰ سال
											۱۸-۶ سال
											۲۹-۱۹ سال
											۵۹-۳۰ سال
											۶۰ سال به بالا
											مادر باردار
											جمع کل

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز
امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه
امضاء و تاریخ تکمیل فرم

تعداد	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	کم خونی	کوتاه قدی	کم وزنی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	دیابت	فشار خون بالا	دیس لیپیدمی
گروه سنی										
۰-۶ سال										
۶-۱۸ سال										
۱۹-۲۹ سال										
۳۰-۵۹ سال										
۶۰ سال به بالا										
مادر باردار										
جمع کل										

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان
امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه مرکز بهداشت شهرستان
امضاء و تاریخ تکمیل

تعداد	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	کم خونی	کوتاه قدی	کم وزنی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	دیابت	فشار خون بالا	دیس لیپیدمی
گروه سنی										
۰-۶ سال										
۶-۱۸ سال										
۱۹-۲۹ سال										
۳۰-۵۹ سال										
۶۰ سال به بالا										
مادر باردار										
جمع کل										

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول تغذیه استان

امضاء و تاریخ تکمیل

پایگاه:

مرکز سلامت جامعه:

برگه ارجاع و باز خورد مراقبت تغذیه ای

پایگاه:

مرکز سلامت جامعه:

برگه ارجاع و باز خورد مراقبت تغذیه ای		برگه ارجاع و باز خورد مراقبت تغذیه ای	
شماره برگه:	شماره برگه:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
شماره پرونده:	شماره پرونده:	شماره ملی:	شماره ملی:
شماره ملی:	تاریخ تولد:	جنس:	جنس:
نام و نام خانوادگی:	امتیاز ارزیابی تغذیه ای:	BMI:	BMI:
تاریخ تولد:	علت ارجاع : وضعیت الگوی تغذیه <input type="checkbox"/> وضعیت BMI <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> دیس لیپیدمی <input type="checkbox"/>	کم خونی <input type="checkbox"/> کم وزنی <input type="checkbox"/> کوتاه قندی <input type="checkbox"/>	چاقی <input type="checkbox"/> لاغری <input type="checkbox"/>
امتیاز ارزیابی تغذیه ای:	سابقه بیماری قبلی : <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری :	سابقه یا مصرف فعلی دارو : <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع دارو :	نتیجه آزمایشات: FBS: TG: Chol: BUN: Cr Hb:
تاریخ تولد:	امتیاز الگوی تغذیه <input type="checkbox"/> وضعیت BMI <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> دیس لیپیدمی <input type="checkbox"/> چاقی <input type="checkbox"/> لاغری <input type="checkbox"/> کم خونی <input type="checkbox"/> کم وزنی <input type="checkbox"/> کوتاه قندی <input type="checkbox"/>	اقدامات و توصیه های پیش از ارجاع :	
ارجاع دهنده:	نام و نام خانوادگی و امضا ارجاع دهنده::	تاریخ ارجاع:	
مراقب سلامت <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/>	همکار ارجاع دهنده: مراجعه کننده با مشخصات فوق جهت دریافت خدمات تغذیه ای معرفی می گردد . خواهشمند است پس از بررسی اقدامات و پی گیری های آتی را به این پایگاه اطلاع دهید.	تاریخ مراجعه به کارشناس تغذیه:	
نتیجه ارجاع:	شرح اقدامات انجام شده:	تاریخ مراجعه بعدی:	
نیاز به پی گیری: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:	نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه :	
تاریخ ارجاع :	تاریخ ارجاع :	تاریخ و امضاء	