**فرم های مراقبت تغذیه اي**

**برنامه تحول سلامت**

**در حوزه بهداشت**

 دفتر بهبود تغذیه جامعه

زمستان 1394

فرم های ارزیابی تغذيه ای، پی گیری و گزارش گیری

1. **فرم ارزیابی تغذيه ای موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه (فرم شماره 1)**
2. **فرم مراقبت های تغذیه ای در مراجعات بعدی مراجعه کنندگان به کارشناس تغذیه (فرم شماره 2)**
3. **فرم برنامه غذایی مراجعین به کارشناس تغذیه (فرم شماره 3)**
4. **فرم خدمات تغذيه ای توسط پزشک (فرم شماره 4)**
5. **فرم آماری برنامه هاي آموزشي كارشناس تغذيه (فرم شماره 5)**
6. **فرم آماری مراجعات به كارشناس تغذيه (فرم شماره 6)**
7. **فرم آماري شش ماهه خدمات تغذيه اي توسط كارشناس تغذيه در مراكز جامع خدمات سلامت شهرستان (فرم شماره 7)**
8. **فرم آماري سالانه مراقبت هاي تغذيه اي کارشناسان تغذیه مراكز جامع خدمات سلامت دانشگاه (فرم شماره 8)**

|  |
| --- |
| دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................... مركز بهداشت شهرستان: .................... مركز جامع خدمات سلامت: ............................فرم ارزیابی تغذيه ای موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه (فرم شماره 1) |
| شماره پرونده خانوار: نام پایگاه: | شماره ملي: | امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه ای مراقب سلامت (برای افراد بالای 6 سال): | تاريخ ارجاع توسط مراقب سلامت: |
| فرد ارجاع دهنده:مراقب سلامت □ پزشک □ | نام و نام خانوادگی:  | تاريخ تولد: سن: | تحصيلات: |
| جنس: زن □ مرد □  | وزن هنگام تولد (براي كودكان زير 6 سال): | بیماری مادرزادي: دارد □ ندارد □اگر دارد، نام بیماری: | وضعيت فيزيولوژيك بانوان:باردار □ شيرده □ هيچكدام □ |
| وزن (کیلوگرم): | قد (سانتي متر):  | نمایه توده بدني (براي بالاي 6 سال): | دور كمر (براي بالاي 18 سال): |
|  وزن مطلوب (برای همه افراد به استثنا مادران باردار و افراد بالای 18 سال):  | تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر): | مقدار افزایش / کاهش(کیلوگرم) : | زمان تغييرات وزن اخیر (هفته / ماه): |
| **علت ارجاع به كارشناس تغذيه:****پايين بودن امتياز ارزيابي الگوي تغذيه □ چربی خون بالا □ فشار خون بالا □ دیابت □ چاقی □**  **اضافه وزن □ كم وزنی □ کوتاه قدی □ لاغری □ كم خوني مادر باردار □**  |
| مصرف مکمل ها: آهن (كودك زير 2 سال، نوجوان، مادر باردار و شيرده): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □ مولتي ويتامين/ ويتامين آ+د (كودك زير 2 سال): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  ويتامين "د" 50 هزار واحدي (نوجوان، ميانسال، سالمند) بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □ كلسيم + د (سالمند) بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □ مولتي ويتامين مينرال حاوي يد (مادر باردار و شيرده): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  اسيد فوليك (مادر باردار و شيرده): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  |
| نحوه تغذیه: * كودكان زير 2 سال

 انحصاری با شیر مادر □ شیر مصنوعی □ شیر دام □ هر دو □ تغذیه کمکی □ سن شروع......... ماه  مطابقت شروع مواد غذايي با دستورعمل هاي كشوري : بلي □ خير □ غذای سفره □ هله هوله □ بار مصرف در روز: ............ * افراد بالاي 2 سال

 وعده هاي غذاي اصلي: صبحانه □محل صرف: ناهار □ محل صرف: شام □ محل صرف: ميان وعده ها: صبح□ عصر□ قبل از خواب □  هله هوله □ بار مصرف: ...... نوشابه □ بار مصرف: ........... فست فودها □ بار مصرف:.......... عادات غذايي ويژه: .. |
| مشكلات گوارشي:  تهوع  استفراغ  زخم معده يا دوازدهه  اسهال  يبوست  اختلال بلع و جويدن غذا  دندان مصنوعي   حساسیت غذایی  ویار بارداری  ماده غذایی .............. سایر موارد: |
| **وضعيت فعالیت بدنی (**بازی، پیاده روی، ورزش‌**):** * **کودکان 18-6 سال:**

مدت زمان فعاليت بدني: 420 دقيقه در هفته يا بيشتر □ كمتر از420 دقيقه در هفته □ بدون فعاليت بدني هدفمند□ مدت زمان استفاده از تلویزیون ، رایانه و دستگاه های مشابه در روز:كمتر از 2 ساعت□ بيشتر از 2 ساعت□ * **بزرگسالان:**

مدت زمان فعاليت بدني: 150 دقيقه در هفته يا بيشتر □ كمتر از150 دقيقه در هفته □ بدون فعاليت بدني هدفمند□ |
| **سابقه بیماری/ عوامل خطر در فرد:** کلسترول خون بالا □ بیماری های قلبی عروقی □ فشار خون بالا □ دیابت □ چاقی □ سرطان □ سایر موارد: |
| **سابقه فامیلی بیماری/ عوامل خطر :** کلسترول خون بالا □ بیماری های قلبی عروقی □ فشار خون بالا □ دیابت □ چاقی □ سرطان □ سایر موارد: |
| **اطلاعات کودکان 18-0 سال** | **وضعیت منحنی وزن برای سن (گروه سنی 6 -0 سال):** -زير منحني 3 - انحراف معيار □ -بالاي منحني 3- انحراف معيار ولي موازي و صعودي با منحني رشد نیست □ -بالاي منحني 3- انحراف معيار و موازي و صعودي با منحني رشد □ -رشد نامعلوم (نقطه وزن كودك بالاي منحني و نبود كارت پايش رشد) □ | **وضعیت منحنی قد برای سن** (**گروه سنی 6 -0 سال):** -زير منحني 3 - انحراف معيار ) □ -بالاي منحني 3- انحراف معيار ولي موازي و صعودي با منحني رشد نیست □ -بالاي منحني 3- انحراف معيار و موازي و صعودي با منحني رشد □ -رشد قدی نامعلوم (نقطه قدكودك بالاي منحني و نبود كارت پايش رشد) □ |
| **BMI برای گروه سنی 18- 6 سال:**طبیعی: زد اسکور مساوی یا بیشتر از 2- و کمتر یا مساوی 1+  اضافه وزن : زد اسکور بیشتر از 1+ و کمتر یا مساوی 2+  چاق: زد اسکور بیشتر از2+  لاغری شدید: زد اسکور کمتر از 3-  لاغری : زد اسکور بیشتر یا مساوی 3- و کمتر از 2-  **قد برای گروه سنی 18- 6 سال:**طبیعی: زد اسکور 2- و کمتر یا مساوی 3+  کوتاه قدی: زد اسکور بیشتر یا مساوی 3- و کمتر از 2-  کوتاه قدی شدید: زد اسکور کمتر از 3-  بلند قدی شدید: زد اسکور بیشتر از 3+   |
| بيماري زمينه اي مرتبط با سوء تغذيه: بیماری های گوارشی **□** سیلیاک **□** شکاف کام **□** بيماري هاي عفوني **□** بیماری قلبی**□**  دیابت **□** هیپوتیروییدی **□** ساير بيماري ها **□** |
| **اطلاعات مادران باردار** | سن بارداري:  | تعداد قل: |
| تعداد بارداري هاي قبلي: | فاصله این حاملگی با حاملگی قبلی: .......................... ماه |
| سابقه بیماری در حاملگی های قبلی: بلی □ خیر □در صورت بلی نام بیماری: | سابقه سقط جنين: بلی **□** خیر **□** در صورت بلی تعداد سقط: |
| سابقه زايمان نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم : بلی **□** خیر **□**  | سابقه نوزاد ماكروزم: بلی **□** خیر **□** |
| سابقه شيردهي در زايمان هاي قبلي: بلی **□** خیر **□**  | مدت شيردهي: ...........ماه علت توقف شيردهي در زايمان هاي قبلي: |
| وزن قبل از بارداري ( یا وزن 3 ماهه اول بارداري): (Kg)  | نمايه توده بدني قبل از بارداري (یا 3 ماهه اول بارداري) |
| روند وزن گیری بر اساس منحنی وزن گیری🗖درمحدوده مناسب 🗖بالاترازمحدوده 🗖 پایین تر از محدوده | محدوده وزن گيري مناسب بر حسب BMI قبل از بارداری: كم وزن🗖 طبيعي 🗖 اضافه وزن🗖 چاق🗖 |
| **سابقه و نوع داروها / مکمل های مصرفی:****سابقه و نوع رژيم غذايي:** |
| **نتيجه معاينات باليني و آزمايشات:** BP:  FBS: TG: Chol: BUN: Cr  |
| **تشخيص نهايي:**  |
| **توصیه ها و برنامه های تغذیه ای:** |
| **توصيه هاي فعاليت بدني:** |
| **تاریخ مراجعه بعدی:** | **تاریخ تكميل فرم و مهر و امضاء کارشناس تغذیه:** |

## دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................. مركز بهداشت شهرستان: ..................... مركز جامع خدمات سلامت: ...........................

فرم مراقبت های تغذیه ای در مراجعات بعدی مراجعه کنندگان به کارشناس تغذیه (فرم شماره 2)

**نام و نام خانوادگي: تاریخ مراجعه: شماره ملي: شماره پرونده:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ مراجعات پس از اولین ویزیت** | **وضعیت پیروی از توصيه هاي تغذيه اي ارائه شده در مراجعه قبلی\*** | **وضعیت پیروی از توصيه هاي فعاليت بدني ارائه شده در مراجعه قبلی\*** | **نتايج معاینات بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی** | **وزن (کیلوگرم)** | **قد (متر)** | **نمایه توده بدنی (کیلوگرم /متر مربع)** | **اقدامات**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* در صورت پيروي كامل از توصيه ها، "مطلوب"، در صورت عدم پیروی از توصيه ها "نامطلوب" و در صورت پیروی نسبی از توصيه ها ، "نسبتاً مطلوب" درج گردد.**

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................. مركز بهداشت شهرستان: ..................... مركز جامع خدمات سلامت: ............................

فرم برنامه غذایی مراجعین به کارشناس تغذیه (فرم شماره 3)

**نام و نام خانوادگي: تاریخ مراجعه: شماره ملي: شماره پرونده:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **نان و غلات** | **گوشت ها** | **شیر و لبنیات** | **میوه** | **سبزی** | **چربی ها** |
| **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** | ....... واحد | ....... واحد | ....... واحد | ....... واحد | ....... واحد | ....... واحد |
| **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:

|  |  |
| --- | --- |
| گروه | واحد |
| گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌اي: | يك برش 10× 10 سانتي متري (به اندازه يك كف دست) نان سنگگ (به وزن تقريبي 30 گرم) يك برش 7× 7 سانتي متري نان بربري (به وزن تقريبي 30 گرم)سه برش 10 × 10 سانتي متري نان لواش (به وزن تقريبي 30 گرم) يك برش نان فانتزي (به وزن تقريبي 30 گرم)يك كفگير متوسط (معادل چهار قاشق غذاخوري) برنج پختهيك كفگير متوسط ماكاروني پختهيك كاسه كوچك (نصف ليوان) انواع حبوبات پختهيك عدد سيب زميني متوسط پختهيك عدد چغندر متوسط پختهيك كاسه كوچك (نصف ليوان) ذرت، نخودفرنگي يا باقلاي پختهدو عدد بيسكوئيت ديجستيو (ساقه طلايي)سه عدد بيسكوئيت پتي بور ساده |
| گروه گوشت ها: | 30 گرم گوشت قرمز؛ گوسفند يا گوساله (حدودا" به اندازه يك قوطي كبريت)30 گرم گوشت مرغ (حدودا" به اندازه يك قوطي كبريت)؛ مثلا يك طرف سينه مرغ معادل 4 واحد، يك عدد ران مرغ معادل سه واحد، و يك عدد ساق مرغ معادل 2 واحد گوشت است.30 گرم گوشت ماهي30 گرم پنيريك عدد تخم مرغ كاملدو تا سه عدد سفيده تخم مرغ30 گرم سوسيس يا كالباس  |
| گروه شير و لبنيات | يك ليوان (250- 200 ميلي ليتر) شيريك ليوان (250-200 ميلي ليتر) ماستدو تا سه ليوان (250- 200 ميلي ليتر) دوغ |
| گروه ميو‌ه‌ها | یك عدد سيب قرمز يا زرد متوسط (حدودا" به وزن 100 تا 120 گرم)يك عدد پرتقال متوسط، يك عدد موز متوسط، يك عدد ليمو شيرين متوسط، دو عدد نارنگي متوسط، دو عدد كيوي متوسط، 3 عدد زردآلوي متوسط، 5-4 عدد انجير متوسط، يك قاچ هندوانه، خربزه يا طالبي (به اندازه يك عدد سيب متوسط)، 2 عدد شليل متوسط، 10 عدد گيلاس متوسط، يك عدد خوشه انگور (به اندازه يك عدد سيب متوسط)، 3 عدد خرماي متوسطنصف ليوان (حدودا" 100 ميلي ليتر) آب ميوه طبيعي، يك چهارم ليوان (حدودا" 50 گرم) ميوه خشك  |
| گروه سبزي ها: | يك عدد گوجه فرنگي متوسطيك عدد بادنجان متوسطيك عدد هويج متوسطيك عدد كدوخورشي متوسط  |
| **گروه چربي‌ها** | يك قاشق مرباخوري انواع روغن (5گرم)يك قاشق مرباخوري كره (5گرم)يك قاشق مرباخوري مايونز (5گرم)يك قاشق غذاخوري خامه (15گرم)6- 5 عدد بادام، بادام زميني، بادام هندي يا فندق2- 1 عدد گردو8- 7 عدد زيتون |

|  |
| --- |
| دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .......................... مركز بهداشت شهرستان: ........................... مركز سلامت جامعه: ............................فرم خدمات تغذيه ای توسط پزشک (فرم شماره 4) |
| شماره پرونده:نام پایگاه:  | شماره ملي: | تاريخ ارجاع توسط مراقب سلامت: | امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه ای مراقب سلامت (برای افراد بالای 6 سال): |
| نام و نام خانوادگی:  | تاريخ تولد: سن: | جنس: زن □ مرد □  | تحصيلات: |
| وزن هنگام تولد براي كودكان زير 6 سال (كيلوگرم): | وزن كنوني (Kg): | قد (Cm):  | نمایه توده بدني ( برای افراد بالاي 6 سال): |
| دور سر کودکان زیر 2 سال: | دور كمر (براي افراد بالاي 18 سال): | مقدار افزایش/ کاهش وزن اخیر (Kg): | فشار خون: |
| **علت ارجاع به پزشک:** | □ فشار خون بالا □ دیابت □ هایپرلیپیدمی |
| □ کودک زیر 6 سال با وزن برای سن زیر -3SD □ کودک زیر 6 سال با قد برای سن زیر -3S  |
| □ فرد 6 تا 18 سال با BMI براي سن بيشتر از 1+ (اضافه وزن و چاقی)□ فرد6 تا 18 سال با BMI براي سن كمتر از2- (کم وزنی و کم وزنی شدید) □ فرد 6 تا 18 سال با قد براي سن کمتر از 2- (کوتاه قدی و کوتاه قدی شدید) |
| □ جوان/میانسال با BMI 30 و بالاتر □ جوان/میانسال با BMI نامطلوب در محدوده لاغری(5 /18 و کمتر)□ میانسال با دور کمر بالاتر از 90 |
| □ سالمند با BMI 30 و بالاتر □ سالمند با BMI كمتر از 19 □ سالمند با امتیاز 7-0 از مراقب سلامت |
| □ مادر باردار با BMI قبل از بارداری 25 و بالاتر (اضافه وزن و چاقی) □ مادر باردار با BMI قبل از بارداری کمتر از 5/18 □ مادر باردار با روند وزن گیری نامطلوب |
| **مصرف مکمل ها:** آهن (كودك زير 2 سال، نوجوان، مادر باردار و شيرده): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  مولتي ويتامين/ ويتامين آ+د (كودك زير 2 سال): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  ويتامين "د" 50 هزار واحدي (نوجوان، ميانسال، سالمند) بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □ كلسيم + د (سالمند) بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  مولتي ويتامين مينرال حاوي يد (مادر باردار و شيرده): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □  اسيد فوليك (مادر باردار و شيرده): بلي □ خير □ منظم □ نامنظم □ |
| **سابقه و نام بیماری:** |
| **سابقه و نوع داروها / مکمل های مصرفی:** |
| **در خواست آزمايشات:**  **(جهت مادر باردار) Hb:**   **FBS: TG: Chol: BUN: Cr:** **سایر آزمایشات تکمیلی:** |
| تشخیص نهایی: |
| ا**قدامات:** -  |
| تاریخ مراجعه بعدی: |
| تاریخ تكميل فرم و امضاء پزشک : |

فرم آماری برنامه هاي آموزشي كارشناس تغذيه (فرم شماره 5)

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .......................... مركز بهداشت شهرستان......................**

**مركز جامع خدمات سلامت...................... سه ماهه ..................... سال .....................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **مشخصات آموزش****آموزش گيرندگان** | **تعداد آموزش گيرندگان** | **تعداد ساعت آموزش** | **مواد آموزشی/ روش ارائه آموزش** | **موضوع** |
| رهنمودها و گروه های غذایی  | تغذیه در گروه های سنی مرتبط | تغذیه و بیماری ها  | موضوعات متناسب با مناسبت ها | سایر |
| **مادران و مراقبین کودک** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دانش آموزان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جوانان**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ميانسال** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالمندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادران باردار و شیرده** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مراقبین سلا مت** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان درون بخش** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان سایر سازمان ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فروشندگان موادغذايي، رستوران داران، اغذیه فروش ها، متصدیان بوفه مدارس** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نانوايان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بیماران** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه نام و نام خانوادگي مسئول مركز**

 **امضاء و تاريخ تكميل فرم امضاء**

فرم آماری مراجعات به كارشناس تغذيه (فرم شماره 6)

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .......................... مركز بهداشت شهرستان......................**

**مركز جامع خدمات سلامت...................... سه ماهه ..................... سال .....................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **علت مراجعه****گروه سني** | **پايين بودن امتياز ارزيابي الگوي تغذيه** | **كم خوني** | **كوتاه قدي** | **كم وزني** | **لاغري** | **اضافه وزن** | **چاقي** | **ديابت** | **فشار خون بالا** | **ديس ليپيدمي**  | **جمع كل** |
| **6-0 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18-6 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29-19 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **59-30 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **60 سال به بالا** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادر باردار** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه نام و نام خانوادگي مسئول مركز**

 **امضاء و تاريخ تكميل فرم امضاء**

فرم آماري شش ماهه خدمات تغذيه اي توسط كارشناس تغذيه در مراكز جامع خدمات سلامت شهرستان (فرم شماره 7)

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .......................... مركز بهداشت شهرستان: ...........................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **مشخصات آموزش****آموزش گيرندگان** | **تعداد آموزش گيرندگان** | **تعداد ساعت آموزش** | **مواد آموزشی/ روش ارائه آموزش** | **موضوع** |
| رهنمودها و گروه های غذایی  | تغذیه در گروه های سنی مرتبط | تغذیه و بیماری ها  | موضوعات متناسب با مناسبت ها | سایر |
| **مادران و مراقبین کودک** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دانش آموزان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جوانان**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ميانسال** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالمندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادران باردار و شیرده** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مراقبین سلا مت** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان درون بخش** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان سایر سازمان ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فروشندگان موادغذايي، رستوران داران، اغذیه فروش ها، متصدیان بوفه مدارس** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نانوايان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بیماران** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **تعداد****گروه سنی** | **پايين بودن امتياز ارزيابي الگوي تغذيه** | **كم خوني** | **كوتاه قدي**  | **كم وزني** | **لاغري** | **اضافه وزن** | **چاقي** | **ديابت** | **فشار خون بالا** | **ديس ليپيدمي**  |
| **6-0 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18-6 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29-19 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **59-30 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **60 سال به بالا** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادر باردار** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **نام و نام خانوادگی كارشناس تغذيه مركز بهداشت شهرستان نام و نام خانوادگی رييس مركز بهداشت شهرستان**

 **امضاء و تاريخ تكميل امضاء**

فرم آماري سالانه مراقبت هاي تغذيه اي کارشناسان تغذیه مراكز جامع خدمات سلامت دانشگاه (فرم شماره 8)

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ..........................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **مشخصات آموزش****آموزش گيرندگان** | **تعداد آموزش گيرندگان** | **تعداد ساعت آموزش** | **مواد آموزشی/ روش ارائه آموزش** | **موضوع** |
| رهنمودها و گروه های غذایی  | تغذیه در گروه های سنی مرتبط | تغذیه و بیماری ها  | موضوعات متناسب با مناسبت ها | سایر |
| **مادران و مراقبین کودک** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **دانش آموزان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جوانان**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ميانسال** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سالمندان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادران باردار و شیرده** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مراقبین سلا مت** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان درون بخش** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کارکنان سایر سازمان ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فروشندگان موادغذايي، رستوران داران، اغذیه فروش ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نانوايان** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **بیماران** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **تعداد****گروه سنی** | **پايين بودن امتياز ارزيابي الگوي تغذيه** | **كم خوني** | **كوتاه قدي**  | **كم وزني** | **لاغري** | **اضافه وزن** | **چاقي** | **ديابت** | **فشار خون بالا** | **ديس ليپيدمي**  |
| **6-0 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18-6 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29-19 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **59-30 سال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **60 سال به بالا** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مادر باردار** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع كل** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی كارشناس مسئول تغذيه استان**

**امضاء و تاريخ تكميل**