

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

Unit No: شماره پرونده:

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: Male <input type="checkbox"/> پسر Female <input type="checkbox"/> دختر	
The Cause of the Current Admission: علت بستری کنونی:			
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: نوع مکمل های مورد استفاده:			
Type of Nutrition: نوع تغذیه: شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک <input type="checkbox"/> تغذیه تکمیلی <input type="checkbox"/> غذای خانواده <input type="checkbox"/>			
Anthropometric Index Data: اطلاعات شاخص های تن سنجی:			
Birth weight: وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۵ سال): 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: BMI ZScore	Z Score: Z Score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال): Weigh ZScore for Heigh		
<div> </div> <div> Well <input type="checkbox"/> خوب Moderate <input type="checkbox"/> متوسط Weak <input type="checkbox"/> ضعیف </div>			
Underlying Disease: بیماری زمینه ای (نام ببرد):			

ارزیابی کاهش یا دریافت تغذیه ای بیمار: Assessing the patient's dietary intake or reduction		
<div> <div> <input type="checkbox"/> اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو تا سه روز گذشته <input type="checkbox"/> استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو تا سه روز گذشته <input type="checkbox"/> کاهش دریافت غذایی در طول چند روز قبل از بستری </div> <div> <input type="checkbox"/> داشتن رژیم غذایی خاص قبل از بستری <input type="checkbox"/> کاهش دریافت تغذیه ای به دلیل درد <input type="checkbox"/> هیچکدام </div> </div>		
آزمایشات لازم برای پیگیری: The Laboratory Test Needed for Follow up:		
نیازهای تغذیه ای: Nutrition Requirments:		
انرژی: Energy	پروتئین: Protein	مکمل: Supplement
رژیم غذایی: Diet		
توصیه ها و پرهیزهای غذایی به همراه (مادر) بیمار: Advice and Food Avoid		
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه : Dietitians' Name /Signature/Stamp		
تاریخ تکمیل فرم: Date of Form Filling		
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج: Pediatrician/Surgen s' Name /Signature/Stamp		
تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده : Date of Form Approving		

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:							

شاخص Index	وزن (Kg) Weight	محیط دور بازو (Cm) MUAC	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	ادم (-/+) Edema	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	وضعیت اشتها Appetite Status	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp
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 -۲ است؟		
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص بیشتر از +۲ 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

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء کارشناس تغذیه:		Dietitians' Name /Signature/Stamp		تاریخ ترخیص:		Date of Discharge	
--	--	-----------------------------------	--	--------------	--	-------------------	--

۹۷/۵ - G6 - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت

V1