

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

دانشگاه علوم پزشکی:


Medical Center

مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

Attending Physician پزشک معالج:	ward بخش:	Name نام:	Family Name نام خانوادگی:
	Room اتاق:		
	Bed تخت:		
Date of Admission تاریخ پذیرش:	Sex جنس:	Date of birth تاریخ تولد:	Father Name نام پدر:
	Female <input type="checkbox"/> دختر		
	Male <input type="checkbox"/> پسر		
Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:	Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:		
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: Nil Per Os <input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی Tube Feeding <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه وریدی			
Recent supplement Intake History مکمل های مورد استفاده:			
Type of Nutrition نوع تغذیه: <input type="checkbox"/> شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر مصنوعی <input type="checkbox"/> شیر مصنوعی <input type="checkbox"/> غذای کمکی <input type="checkbox"/> غذای خانواده <input type="checkbox"/> شیر دام <input type="checkbox"/> نوع شیر دام.....			
Birth weight وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۵ سال): کیلو و گرم	Weight at admission وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم		
Length/Height for age Z score Z score قد برای سن:	Height /Length at admission قد هنگام پذیرش (سانتیمتر):		
BMI for age Z score Z score نمایه توده بدنی برای سن (برای سنین ۵-۱۸ سال):	Weigh for Heigh Z score Z score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال):		
<div>  </div> <div> Well <input type="checkbox"/> خوب Moderate <input type="checkbox"/> متوسط Weak <input type="checkbox"/> ضعیف </div>			

<p>Gastrointestinal/Digestive Disorders</p> <p>مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر:</p> <p>کاهش وزن ناشی از بیماری <input type="checkbox"/> weight loss</p> <p>تهوع <input type="checkbox"/> Nausea استفراغ <input type="checkbox"/> Vomiting اسهال <input type="checkbox"/> Diarrhea ریفلاکس <input type="checkbox"/> Reflux</p> <p>کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> Anorexia یبوست <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p>اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندان) <input type="checkbox"/> Chewing Problems اختلال در بلع غذا <input type="checkbox"/> Dysphagia / Swallowing Problems</p> <p>اختلال در عبور غذا از مری به معده <input type="checkbox"/> Cardiac Stenosis</p>	
<p>The Laboratory Test Needed:</p> <p>آزمایشات لازم برای تنظیم رژیم/ پیگیری:</p>	
<p>Food and Drug Interactions</p> <p>تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:</p>	
<p>Nutrition Requirments:</p> <p>نیاز های تغذیه ای:</p> <p>انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d):</p> <p>پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d):</p> <p>سایر مواد مغذی مورد نیاز:</p>	
<p>Nutritional diagnosis, recommended diet & supplements</p> <p>تشخیص تغذیه ای، نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای</p>	
<p>نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج</p> <p>Physician s' Name/signature/stamp</p>	<p>نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان:</p> <p>Dietitians' Name /Signature/Stamp</p>
<p>Date of Form Approving</p> <p>تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:</p>	<p>Date of Form Filling</p> <p>تاریخ تکمیل فرم:</p>
<p>*کدهای خدمت (در اولین نوبت -ارزیابی):</p> <p>۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰</p> <p>در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵ حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰ حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵</p>	

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

Medical Center

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم پیگیری وضعیت تغذیه

Nutritional Status Follow up Form

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

نام خانوادگی: Family Name	نام: Name:	بخش: Ward	پزشک معالج: Attending Physician
		اتاق: Room	
		تخت: Bed	
نام پدر: Father Name	تاریخ تولد: Date of Birth	جنس: Sex	تاریخ پذیرش: Date Of Admission
	(روز/ماه/سال)	پسر: <input type="checkbox"/> Male دختر: <input type="checkbox"/> Female	

فراسنج Parameter	وزن Weight	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	نحوه تغذیه Intake Route	تبعیت از رژیم Compliance	وضعیت اشتها Appetite Status	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	کد خدمت* RVU	مهر و امضا رژیم درمان Dietitians' signature and stamp
نوبت پیگیری (Date of follow-up)	(Kg)		(EN-TPN-PO-NPO)	(~/+)	(ضعیف / متوسط / خوب)			
نوبت اول First Follow-up								
تاریخ:								
نوبت دوم Second Follow-up								
تاریخ:								
نوبت سوم Third Follow-up								
تاریخ:								

زمان ترخیص	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 سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی Z score: -----
	آیا Z score نمایه توده بدنی برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی Z score: -----
	آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی

* کدهای خدمت در هر جلسه از پیگیری:

۹۰۱۷۴۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵

حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵