

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز آموزشی درمانی/درمانی: Medical Center:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان

Adults' Professional Nutritional Assessment & care 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)	مرد: <input type="checkbox"/> Male زن: <input type="checkbox"/> Female	
تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج: Dx.		بیماری های زمینه ای: Underlying Dis.	
وضعیت بارداری/شیردهی: Current status of Pregnancy/Lactation		حساسیت غذایی یا دارویی: Food or Drug Allergy:	
باردار <input type="checkbox"/> Pregnant شیرده <input type="checkbox"/> Nursing هیچکدام <input type="checkbox"/> None		وزن قبل از بارداری: چند قلوپی: هفته بارداری:	
نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک: Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی		منع تغذیه با دهان Nil Per Os <input type="checkbox"/>	
تغذیه وریدی Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/>		تغذیه با لوله Tube Feeding <input type="checkbox"/>	
وزن فعلی (کیلوگرم): Current Body Weight (Kg)	قد (سانتیمتر): Height (Cm)	نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع): BMI (kg/m2)	
وزن ایده آل (تعدیل شده): (Adjusted) IBW (Kg)	تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	Recent Weight Change (Y/N)	
	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):		
	مدت زمان تغییرات وزن اخیر:	Weight Variation Duration (W/M)	
نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه: Malnutrition Grade:			
سوء تغذیه خفیف Mild Malnutrition <input type="checkbox"/> سوء تغذیه متوسط Moderate Malnutrition <input type="checkbox"/> سوء تغذیه شدید Severe Malnutrition <input type="checkbox"/>			
مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر: Gastrointestinal/Digestive Disorders			
تهوع <input type="checkbox"/> Nausea	استفراغ <input type="checkbox"/> Vomiting	اسهال <input type="checkbox"/> Diarrhea	ریفلاکس <input type="checkbox"/> Reflux
کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> Anorexia	اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندانی) <input type="checkbox"/> Chewing Problems	یبوست <input type="checkbox"/> Constipation	اختلال در بلع غذا <input type="checkbox"/> Dysphagia / Swallowing Problems
اختلال در عبور غذا از مری به معده <input type="checkbox"/> Cardiac Stenosis			

وضعیت بالینی: تحلیل عضلانی مشهود <input type="checkbox"/> Muscle loss کاهش چپن پوستی مشهود <input type="checkbox"/> Fat loss آسیت <input type="checkbox"/> Ascites ادم <input type="checkbox"/> Edema		Clinical Status
آزمایش های مورد نیاز برای تنظیم رژیم / پیگیری The Laboratory Test Needed		
تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار: Food and Drug Interactions		
نیازهای تغذیه ای: انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d): پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d): سایر مواد مغذی مورد نیاز:		
دستور تغذیه و رژیم درمانی: نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای Recommended diet & supplements		
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج Physician s' Name/signature/stamp	نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان: Dietitians' Name /Signature/Stamp	
تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده: Date of Form Approving	تاریخ تکمیل فرم: Date of Form Filling	
*کدهای خدمت (در اولین نوبت -ارزیابی): ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰ در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵ حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰ حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵		

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

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 (روز/ماه/سال)	جنس: Sex زن: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> مرد	تاریخ پذیرش: Date Of Admission:

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

آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟

بله ☐خیر ☐

آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟

بله ☐خیر ☐

* کدهای خدمت در هر جلسه از پیگیری:

۹۰۱۷۴۵ + ۹۰۱۷۵۷

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۳۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۳۰ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۲۵ + ۹۰۱۷۵۷

فرم پیگیری وضعیت تغذیه