

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 :

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"/> زن: Male <input type="checkbox"/> مرد:	(روز/ماه/سال)	
Recent physical activity level میزان فعالیت بدنی اخیر بیمار:	Current status of Pregnancy/Lactation وضعیت بارداری/شیردهی:		
mild <input type="checkbox"/> سبک sedentary <input type="checkbox"/> خیلی سبک	None <input type="checkbox"/> هیچکدام Nursing <input type="checkbox"/> شیرده Pregnant <input type="checkbox"/> باردار:		
Extreme <input type="checkbox"/> شدید moderate <input type="checkbox"/> متوسط			
Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:	Recent medicine or supplement intake history سابقه مصرف اخیر مکمل های غذایی و داروها:		
Medicine Order داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:	Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:		
Diet Order دستور غذایی پزشک معالج:	Food or Drug Allergy حساسیت غذایی یا دارویی:		
<p>نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک:</p> <p>تغذیه دهانی <input type="checkbox"/> Oral Nutrition</p> <p>تغذیه وریدی <input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition</p> <p>منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/> Nil Per Os</p> <p>تغذیه با لوله <input type="checkbox"/> Enteral Nutrition</p>			
Anthropometric Data اطلاعات تن سنجی:			
BMI (kg/m2) نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع):	Height (Cm) قد (سانتیمتر):	Current Body Weight (Kg) وزن فعلی (کیلوگرم):	
Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps) ضخامت چین پوستی (سانتیمتر):	MAC (Cm) دور بازو (سانتیمتر):	Usual Body Weight (Kg) وزن معمول (کیلوگرم):	
Weight Variation Duration(W/M) مدت زمان تغییرات وزن اخیر: (هفته / ماه)	Recent Weight Change (Y/N) تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	Ideal Body Weight (Kg) وزن ایده آل (کیلوگرم):	
	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):		

Gastrointestinal/Digestive Disorders

مشکلات گوارشی و غذایی:

(Reflux) ریفلاکس

Diarrhea اسهال

Vomiting استفراغ

Nausea تهوع

Constipation یبوست

Anorexia کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته

Denture problems مشکلات دهانی یا دندان‌های مصنوعی

Dysphagia and Chewing Problems اختلال بلع و جویدن غذا

Clinical Status

وضعیت بالینی:

Edema ادم

(Subcutaneous Dystrophy) کاهش چربی زیر جلدی

Wasting تحلیل عضلانی مشهود

weakness/tremors ضعف/لرزش

Skin, Hair, & Nails changes تغییرات مو و پوست، ناخن

Ascitis آسیت

The Laboratory Test Needed for Follow up

آزمایش‌های مورد نیاز برای پیگیری

Diet History

تاریخچه مختصر رژیم غذایی/سابقه رژیم‌های غذایی

Malnutrition Grade:

نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:

Severe Malnutrition

سوء تغذیه شدید

Moderate Malnutrition

سوء تغذیه متوسط

At Risk of Malnutrition

در معرض سوء تغذیه

Nutritional Needs

نیازهای تغذیه‌ای:

پروتئین مورد نیاز (Protein: g/d):

انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d):

مکمل تغذیه‌ای مورد نیاز (Supplement):

حجم مایعات مورد نیاز (Fluid: cc/d):

Food and Drug Interactions

تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:

Recommended Diet at the First Visit

رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:

Physician s' Name/signature/stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج

Dietitians' Name /Signature/Stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:

Date of Form Approving

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:

Date of Form Filling

تاریخ تکمیل فرم:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

فرم پیگیری وضعیت تغذیه

Nutritional Status 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:		Sex: جنس:					
		Female <input type="checkbox"/> زن Male <input type="checkbox"/> مرد:							
مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	وضعیت اشتها (ضعیف / متوسط / خوب) Appetite Status	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	ادم (-/+) Edema	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	محیط دور بازو (Cm) MAC	وزن (Kg) Weight	شاخص Index
									نوبت ویزیت (Date of visit)
									نوبت اول First Visit
								
									نوبت دوم Second Visit
								
									نوبت سوم Third Visit
.....									
نوبت چهارم Fourth Visit									
.....									
نوبت پنجم Fifth Visit									
.....									
نوبت ششم Sixth Visit									
.....									
آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
Date of Form Filling: تاریخ تکمیل فرم:		Dietitians' Name /Signature/Stamp		نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:					