



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان  
واحد تغذیه بالینی معاونت درمان

# **غربالگری و ارزیابی وضعیت تغذیه بیمار**

---

## **وبینار رژیم درمانی در سرطان**

سمیه پورعبداللہی  
مسئول تغذیه بالینی معاونت درمان

# اهداف وینار

❖ توانمندسازی و ارتقاء علمی و مهارتی مشاوران تغذیه

❖ به روز رسانی اطلاعات و دانش مشاوران تغذیه

❖ ارتقای کیفیت و اثربخشی مداخلات تغذیه ای



فرم ها و دستورالعمل های ارزیابی و پیگیری تغذیه ای بیماران بستری در بیمارستان

(ویژه بزرگسالان)

# فرم ها و دستورالعمل های بالینی



گروه تغذیه بالینی  
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی



معاونت درمان  
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

دستورالعمل و فرم های ارزیابی تغذیه ای کودکان و

نوجوانان بستری در بیمارستان

۱۳۹۷

## سوالات ارزیابی تغذیه ای بیمار در "فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار"

وزن:	قد:	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):
۱. آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> غیر قابل ارزیابی <input type="checkbox"/> / آیا در بیمار کمتر از ۱۹ ساله اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۲. آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۳. آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی‌اشتهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۴. آیا بیماری فرد از نوع بیماری‌های ویژه (رجوع به راهنما) است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
نتیجه ارزیابی*: ویریت و مشاوره تغذیه لازم است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> / ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
*در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اختلال پزشکی که اختلال رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود در ماکزیم بازرار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره‌اکالامیسی و آکالامیسی (اقتار خون بالا) مورد تاکید است.		

ارزیابی تغذیه‌ای

(۲) برای ارائه مشاوره تغذیه، لازم است کارشناس تغذیه در یکی از دو حالت زیر ویزیت و مشاوره بیمار نیازمند مشاوره تغذیه را انجام دهد:

الف) نتایج ارزیابی اولیه تغذیه بیمار (غربالگری سوءتغذیه) توسط پرستار: لازم است پرستار برای کلیه بیماران در بدو بستری، در فرم ارزیابی اولیه بیمار، بخش ارزیابی تغذیه ای را تکمیل نماید. در صورتی که طبق نتایج، بیمار در معرض یا مبتلا به سوءتغذیه بوده و نیازمند ویزیت تغذیه‌ای باشد، علاوه بر افزایش مراقبت‌ها و توجهات پرستاری بیمار، سرپرستار نوبت کاری باید ضمن اطلاع دادن به پزشک، کارشناس تغذیه را جهت مراجعه به بخش، ویزیت و ارزیابی تخصصی بیمار مطلع نماید.

ب) تشخیص بیماری یا شرایط خاص توسط پزشک: پزشک در ۱۸ وضعیت زیر بعلاوه احتمال بالای سوءتغذیه متوسط تا شدید، درخواست مشاوره تغذیه را در برگ دستورات پزشک و برگ درخواست مشاوره درج نماید. این بیماری‌ها و شرایط عبارتند از: ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل (NPO - نیاز به تغذیه انترال / پارنترال)، دیابت، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوءتغذیه و سوءجذب، بیماری‌های نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر.

در صورتی که پزشک به هر دلیل دیگر، غیر از موارد نامبرده فوق ویزیت و مشاوره تغذیه‌ای بیمار را ضروری بداند نیز درخواست مشاوره را در برگ دستورات پزشک و برگ درخواست مشاوره درج نماید.

نکته: منظور از بیمار نیازمند مشاوره تغذیه بیماری است که در معرض سوءتغذیه بوده و با غربالگری تغذیه‌ای توسط پرستار و یا تشخیص بیماری توسط پزشک شناسایی و به مشاور تغذیه ارجاع می‌گردد.

۳) کلیه بیماران بستری معرفی شده به مشاور تغذیه در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان (ICU, PICU) (به غیر از موارد بستری کمتر از ۲۴ ساعت) و همچنین ۵ بیماری سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان<sup>۱</sup> میان ۱۸ مورد فوق، لازم است در اولویت زمانی برای ویزیت و انجام مشاوره و ارزیابی تخصصی تغذیه قرار گیرند.

۱۹) در صورتی که بیمار بستری در بخش اورژانس سرپایی (بستری کمتر از ۲۴ ساعت) بنا بر نتایج ارزیابی اولیه تغذیه‌ای، دارای عوامل خطر تغذیه‌ای باشد و با نظر پزشک اورژانس از بیمارستان ترخیص گردد، لازم است پرستار اورژانس، بیمار را به کلینیک تغذیه بیمارستان، و در صورت نبود کلینیک در بیمارستان، به سایر مراکز، جهت بررسی بیشتر و دریافت مشاوره تغذیه راهنمایی نماید.

به دلیل شرایط خاص بالینی بیماران بستری در اورژانس سرپایی، تا زمان کنترل شرایط بحرانی، مشاوره تغذیه برای بیماران ارائه نمی‌شود، در صورت نیاز به مشاور تغذیه لازم است پزشک دستور غذایی را در پرونده بیمار درج و برگ درخواست مشاوره را تکمیل نموده و پرستار اورژانس نیز مورد را به اطلاع مشاور تغذیه جهت مراجعه، ویزیت و مشاوره تغذیه بیمار برساند.

در صورتی که بیمار با وجود کنترل شرایط بحرانی، ثبات علائم حیاتی و تخفیف علائم، با تشخیص پزشک اورژانس، بیش از ۲۴ ساعت در بخش اورژانس بستری باقی بماند و یا قبل از ۲۴ ساعت به سایر بخشهای بستری بیمارستان انتقال یابد، نحوه مشاوره تغذیه بیمار، تابع این دستورعمل می‌باشد.

## سوالات ارزیابی تغذیه ای بیمار در "فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک"

ارزیابی تغذیه ای	وزن (Kg):	قد (Cm):	مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین / vit A&D	<input type="checkbox"/> مکمل آهن	<input type="checkbox"/> سایر مکمل ها
	در سن زیر ۵ سال: زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟				
	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲- <input type="checkbox"/> بیشتر از ۲+ <input type="checkbox"/> هیچکدام				
	در سن بالای ۵ سال: زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟				
	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲- <input type="checkbox"/> بیشتر از ۲+ <input type="checkbox"/> هیچکدام				
	آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟				
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر				
	آیا کودک دچار بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا می باشد؟				
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر				
	آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟				
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
در صورتی که پاسخ بله است نوع آن درج گردد: .....					
کودک کدامیک از شرایط بیماریهای زیر را دارد:					
<input type="checkbox"/> سوء تغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> یوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> بیماریهای غدد و متابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای گوارشی و کبدی <input type="checkbox"/> کاندید عمل جراحی مازور <input type="checkbox"/> هیچکدام					
نتیجه ارزیابی: مراجعه کارشناس تغذیه لازم است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
* در صورت وجود هر یک از شرایط زیر، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه جهت انجام مشاوره با اطلاع پزشک، لازم است:					
زد اسکور کمتر از ۲- یا بیشتر از ۲+ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماری ها با شرایط فوق الذکر					

۵) در کودکان و نوجوانان بستری معرفی شده به مشاور تغذیه، ۶ گروه بیماری شامل سوء تغذیه (مانند پروتئین، انرژی، پروتئین-انرژی و...)، سرطان (مانند انواع بدخیمی‌های کودکان و پیوند مغزاستخوان و...)، سوختگی، بیماری‌های کلیوی (مانند سندرم نفروتیک، نارسایی حاد و مزمن کلیه، پیوند، انواع دیالیز و...)، گوارشی و کبدی (مانند سلیاک، سندرم روده تحریک پذیر، ریغلاکس، بیماری التهابی روده، گاستریت، گاستروانتریت، سیستیک فیبروزیس، آلرژی‌های غذایی، بیماری‌های کیسه صفرا و پانکراس، بیماری‌های انسدادی دستگاه گوارش، نارسایی حاد و مزمن کبدی، همچنین شرایط خاصی مانند اسهال، استفراغ، یبوست، ژژنوستومی، PEG و...) و بیماری‌های غدد و متابولیک (مانند دیابت، فنیل‌کتونوری، اختلالات اسیدهای آمینه مانند بیماری شربت افرا، تیروزینمی، دیس‌لیپیدمی، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلالات اکسیداسیون اسیدهای چرب، گالاکتوزمی، بیماری‌های ذخیره گلیکوژن و...)، لازم است از بین بیماری‌های کودکان، در اولویت زمانی برای ویزیت و ارزیابی تخصصی تغذیه قرار گیرند. اقدامات مشاور تغذیه از جمله توصیه‌ها و رژیم غذایی کودکان و نوجوانان بیمار باید در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان و برگ درخواست مشاوره درج شده و نمودار رشد کودک/نوجوان با نقطه گذاری وزن بیمار در منحنی، به فرم ارزیابی تخصصی تغذیه الصاق شود.

**ابتلا به یکی از بیماری های شناخته شده:** در صورتی که کودک با تشخیص یکی از موارد زیر بستری شده باشد خانه مربوطه علامت زده شود:

- **سوء تغذیه:** در موارد زیر خانه مربوط به سوء تغذیه علامت بخورد:
  - پزشک در برگه شرح حال، علت بستری را سوء تغذیه عنوان کرده باشد (بستری با تشخیص سوء تغذیه)
  - زد اسکور کودک در هر رده سنی، کمتر از ۲- و بالاتر از ۲+ باشد (پاسخ بلی در پرسشنامه در محل مربوطه)
- **سرطان:** ابتلا به سرطان شناخته شده با تشخیص پزشک و یا موارد تحت شیمی درمانی
- **سوختگی:** موارد بستری در بخش بعثت سوختگی (در بخش ایزوله)
- **بیماریهای کلیوی:** ابتلا به بیماری های کلیوی شناخته شده حاد و مزمن و یا تحت انواع دیالیز
- **بیماری های غدد و متابولیک:** ابتلا به بیماری هایی مانند دیابت، فنیل کتونوری (PKU)، بیماری شربت افرا، تیروزینمی، گالاکتوزمی، بیماری های ذخیره گلیکوژن، دیس لیپیدمی، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلال اکسیداسون اسید های چرب و ... است.

۶) اطلاع‌رسانی سرپرستار نوبت کاری یا منشی بخش به مشاور تغذیه در خصوص موارد بستری جدید نیازمند مشاوره، قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری صورت گیرد.

۷) مشاور تغذیه موظف است طی محدوده زمانی فوق‌الذکر به بخش مراجعه کرده و بر اساس دستور پزشک مبتنی بر تشخیص بیماری، رژیم غذایی بیمار را تنظیم و در فرم ارزیابی تخصصی درج نماید. در موارد درخواست مشاوره از سوی پزشک، علاوه بر تکمیل فرم ارزیابی تخصصی لازم است برگ درخواست مشاوره نیز تکمیل گردد. قرار گرفتن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای در پرونده بیماران مشاوره شده، الزامی است. فرم ارزیابی تغذیه‌ای تخصصی برای هر فرد در هر نوبت بستری فقط یک بار تکمیل می‌گردد.

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان

Adults' Professional Nutritional Assessment &amp; care Form

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان

Adults' Professional Nutritional Assessment &amp; care Form

شماره پرونده: Unit No

کد ملی: ID Number

مشکلات گوارشی و غذایی:		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	یبوست <input type="checkbox"/>	Constipation
اختلال بلع و جویدن غذا <input type="checkbox"/>	Dysphagia and Chewing Problems	مشکلات دهانی یا دندان مصنوعی <input type="checkbox"/>	Denture problems
وضعیت بالینی:		Clinical Status	
تحلیل عضلانی مشهود <input type="checkbox"/>	Wasting	کاهش چربی زیر جلدی <input type="checkbox"/>	(Subcutaneous Dystrophy)
آسیت <input type="checkbox"/>	Ascitis	تغییرات مو و پوست، ناخن <input type="checkbox"/>	Skin, Hair, & Nails changes
ضعف / لرزش <input type="checkbox"/>	weakness/tremors	ادم <input type="checkbox"/>	Edema
آزمایش های مورد نیاز برای پیگیری		The Laboratory Test Needed for Follow up	
تاریخچه مختصر رژیم غذایی/سابقه رژیم های غذایی			
Diet History			
نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:		Malnutrition Grade:	
در معرض سوء تغذیه <input type="checkbox"/>	At Risk of Malnutrition	سوء تغذیه متوسط <input type="checkbox"/>	Moderate Malnutrition
سوء تغذیه شدید <input type="checkbox"/>	Severe Malnutrition		
نیازهای تغذیه ای:		Nutritional Needs	
انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d):		پروتئین مورد نیاز (Protein: g/d):	
حجم مایعات مورد نیاز (Fluid: cc/d):		مکمل تغذیه ای مورد نیاز (Supplement):	
تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:			
Food and Drug Interactions			
رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:			
Recommended Diet at the First Visit			
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:		Dietitian's Name/Signature/Stamp	
تاریخ تکمیل فرم:		Date of Form Filling	
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:		Physician's Name/Signature/Stamp	
تاریخ ویزیت فرم تکمیل شده:		Date of Form Approving	

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

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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

ID Number : کد ملی :		فرم پیگیری وضعیت تغذیه Nutritional Status Follow up 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 : Female <input type="checkbox"/> زن Male <input type="checkbox"/> مرد						
مهر و امضاء 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؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر										
آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر										
Date of Form Filling : تاریخ تکمیل فرم :			Dietitians' Name /Signature/Stamp			نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه :				

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment &amp; care Form

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

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment &amp; care Form

شماره پرونده: Unit No:

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:
The Cause of the Current Admission		علت بستری کنونی:		Male <input type="checkbox"/>	پسر <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	دختر <input type="checkbox"/>
Food and Drug Allergy							
سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:							
Yes <input type="checkbox"/> پلي No <input type="checkbox"/> خیر نوع حساسیت:							
Nutrition according to physician's recommendation							
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 تکمیل های مورد استفاده:							
Type of Nutrition							
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 5 سال):	Weight at admission	وزن هنگام پذیرش:				
				..... کیلو و ..... گرم			
Mid Upper Arm Circumference (MUAC)	اندازه دور وسط بازو برای سن بزرگتر از 5 سال:	Height /Length at admission	قد هنگام پذیرش (سانتیمتر):				
BMI ZScore	BMI ZScore	Z Score	Z Score	Z Score وزن برای قد (برای سنین کمتر از 5 سال):			
				Weigh ZScore for Height			
اشتهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر یا بیمار:							
				Well <input type="checkbox"/> خوب			
				Moderate <input type="checkbox"/> متوسط			
				Weak <input type="checkbox"/> ضعیف			
Underlying Disease:							
<div>97/5 - G5 - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - 97/5</div> <div>لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید</div> <div>V1 - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود</div>							

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**  
**Ministry of Health & Medical Education**  
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان  
**Medical Center:** مرکز پزشکی آموزشی درمانی:  
**فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودکان و نوجوانان بستری**  
**Children and adolescents' Nutritional Follow up Form**

شماره پرونده: Unit No:

نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		پزشک معالج: Attending Physician:	
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		اتاق: Room:		تاریخ پذیرش: Date of admission:	
وزن (Kg) Weight		محیط دور بازو (Cm) MUAC		نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results		ادم (-/+) Edema	
شاخص Index		وضعیت اشتها Appetite Status		نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)		مکمل های غذایی پیشنهادی Recommend d supplement	
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"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص کمتر از -2 است؟							
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص بیشتر از +2 است؟							
آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء کارشناس تغذیه: Dietitians' Name /Signature/Stamp							
تاریخ ترخیص: Date of Discharge							

با تشکر از توجه شما