

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مجموعه فرم ها و دستورالعمل های ارزیابی تغذیه ای بیماران بستری در بخش های عمومی بیمارستان ها

ویرایش اول ۱۳۹۱

کار مشترک :

- ❖ گروه تغذیه بالینی؛ دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- ❖ دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ❖ اداره ارزشیابی مراکز درمانی؛ دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان
- ❖ دفتر قائم مقام وزیر در امور پرستاری

با تشکر از همکاری و نظرات ارزشمند کارشناسان محترم تغذیه حوزه معاونت درمان:

دانشگاه علوم پزشکی اراک	دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دانشگاه علوم پزشکی ایلام	دانشگاه علوم پزشکی بابل
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند	دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه	دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
دانشگاه علوم پزشکی چهار محال و بختیاری	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دانشگاه علوم پزشکی فارس	دانشگاه علوم پزشکی فسا
دانشگاه علوم پزشکی قزوین	دانشگاه علوم پزشکی قم
دانشگاه علوم پزشکی کاشان	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
دانشگاه علوم پزشکی کردستان	دانشگاه علوم پزشکی گیلان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان	دانشگاه علوم پزشکی همدان
دانشگاه علوم پزشکی یزد	

مجموعه فرم ها و دستور العمل های ارزیابی تغذیه ای بیماران بستری در بخش های عمومی بیمارستان ها

تهیه کننده : گروه تغذیه بالینی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی؛ دفتر بهبود تغذیه جامعه؛ اداره ارزشیابی مراکز درمانی دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

نویسندگان: دکتر سعید حسینی (عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر محمد صفریان (عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)، دکتر عبدالرضا نوروزی (عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)، دکتر پریسا ترابی (کارشناس تغذیه بالینی دفتر بهبود تغذیه و همکار دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، خدیجه رضایی سروکلایی (کارشناس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، پرستو عابدین سلیم آبادی (کارشناس اداره ارزشیابی مراکز درمانی)

زیر نظر: دکتر حسن امامی رضوی (معاون درمان؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

با همکاری و نظرات ارزشمند: دکتر حمید رواقی (مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، دکتر سید سجاد رضوی (مدیر کل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان)، دکتر جمشید کرمانچی (معاون فنی دفتر مدیریت بیمارستانی)، دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی (قائم مقام وزیر در امور پرستاری)، دکتر مژده رضانی (سرپرست اداره ارزشیابی مراکز درمانی)، دکتر مرجان قطبی (معاون اجرایی دفتر مدیریت بیمارستانی)، دکتر تیرنگ نیستانی (عضو هیات علمی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور)، سعیده معانی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه)، فرید نوبخت حقیقی (کارشناس دفتر بهبود تغذیه جامعه)

و تشکر از همکاری کارشناسان محترم تغذیه معاونت های درمان و بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی کشور: رضوان کاظمی (علوم پزشکی اصفهان)، ندا دهناد (علوم پزشکی قزوین)، مرجان مهدوی روشن (علوم پزشکی گیلان)، مهشید شکوری

(علوم پزشکی قم)، داوود وهاب زاده (علوم پزشکی ارومیه)، عباس گل رازقی (علوم پزشکی فسا)

ویرایش اول؛ ۱۳۹۱

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه	۵.....
• فرایند غربالگری و ارزیابی تغذیه ای بیماران	۶.....
• جدول خلاصه اجرایی ارزیابی های تغذیه ای بیماران بستری	۷.....
• ارزیابی اولیه تغذیه ای (غربالگری مرحله اول)	
- دستور العمل تکمیل	۱۰.....
- فرم ارزیابی	۱۱.....
• ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای (غربالگری مرحله دوم)	
- دستور العمل تکمیل	۱۴.....
- فرم ارزیابی	۱۶.....
• ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه	
- دستور العمل تکمیل	۱۸.....
- فرم ارزیابی	۲۲.....
• پیوست ها	
- مکاتبه معاونت درمان وزارت بهداشت	۲۴.....
- فصل هایی از آئین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستانها	۲۵.....
منابع	۲۹.....

مقدمه

رژیم غذایی مناسب از جنبه های انکار ناپذیر درمان بیماران بستری است و مشاورین تغذیه از اعضاء اصلی تیم درمانی محسوب می شوند. مشاهدات فعلی حاکی از آن است که بیماران بستری در بیمارستان اغلب بدلیل عدم تناسب بین تغذیه و نوع بیماری، با افزایش دوره و شدت بیماری، افزایش مدت بستری، کاهش وزن، سوء تغذیه و بروز انواع کمبودهای تغذیه ای مواجه هستند. از سوی دیگر، نامناسب بودن ساختار تشکیلاتی بخش تغذیه در بیمارستان ها، عدم تعریف دقیق شرح وظایف و حدود اختیارات کارشناسان تغذیه در بیمارستان ها، فقدان برگه اطلاعات تغذیه ای بیماران در پرونده بیماران، رعایت استانداردهایی در ارتباط با تعداد کارشناسان تغذیه به ازای تعداد تخت های فعال بیمارستانی، فقدان جایگاهی برای کارشناسان تغذیه در تیم های درمانی و نیز مشکلات دیگری از این دست در رابطه با تغذیه در بیمارستان ها، سبب شده اند که دانش تغذیه و مهارت کارشناسان تغذیه در مراکز درمانی کشور به نحو شایسته مورد توجه قرار نگیرد.

در مجموعه ای که پیش رو دارید اولین ویرایش **فرم های ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان بستری در بخش های عمومی بیمارستان ها** که در ۳ مرحله به ترتیب فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای (غربالگری مرحله اول)، فرم ارزیابی اولیه تخصصی (غربالگری مرحله دوم) و فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه ای به همراه دستورالعمل تکمیل آن، جهت درج در پرونده بیماران بستری در بیمارستان های تابعه طراحی شده است. رعایت نکات زیر در استقرار سه فرم فوق الذکر ضروری است:

۱. انتظار می رود دانشگاه های علوم پزشکی کشور با بکارگیری نیروهای کارشناسی تغذیه فعال و باتجربه در معاونت های درمان در استقرار، تداوم و ارتقاء خدمات غذا و تغذیه بیماران و استقرار مدیریت تغذیه بالینی در بیمارستان ها اقدام نمایند.

۲. مدیران اجرایی بیمارستان ها موظفند در اجرا و استقرار برنامه ساماندهی بخش تغذیه بیمارستان و ارتقاء شاخص های اعتباربخشی، نسبت به تامین نیروی کارشناسی تغذیه کافی، مبتنی بر ماده ۲۱ آئین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستان ها (پیوست) اقدام نمایند.

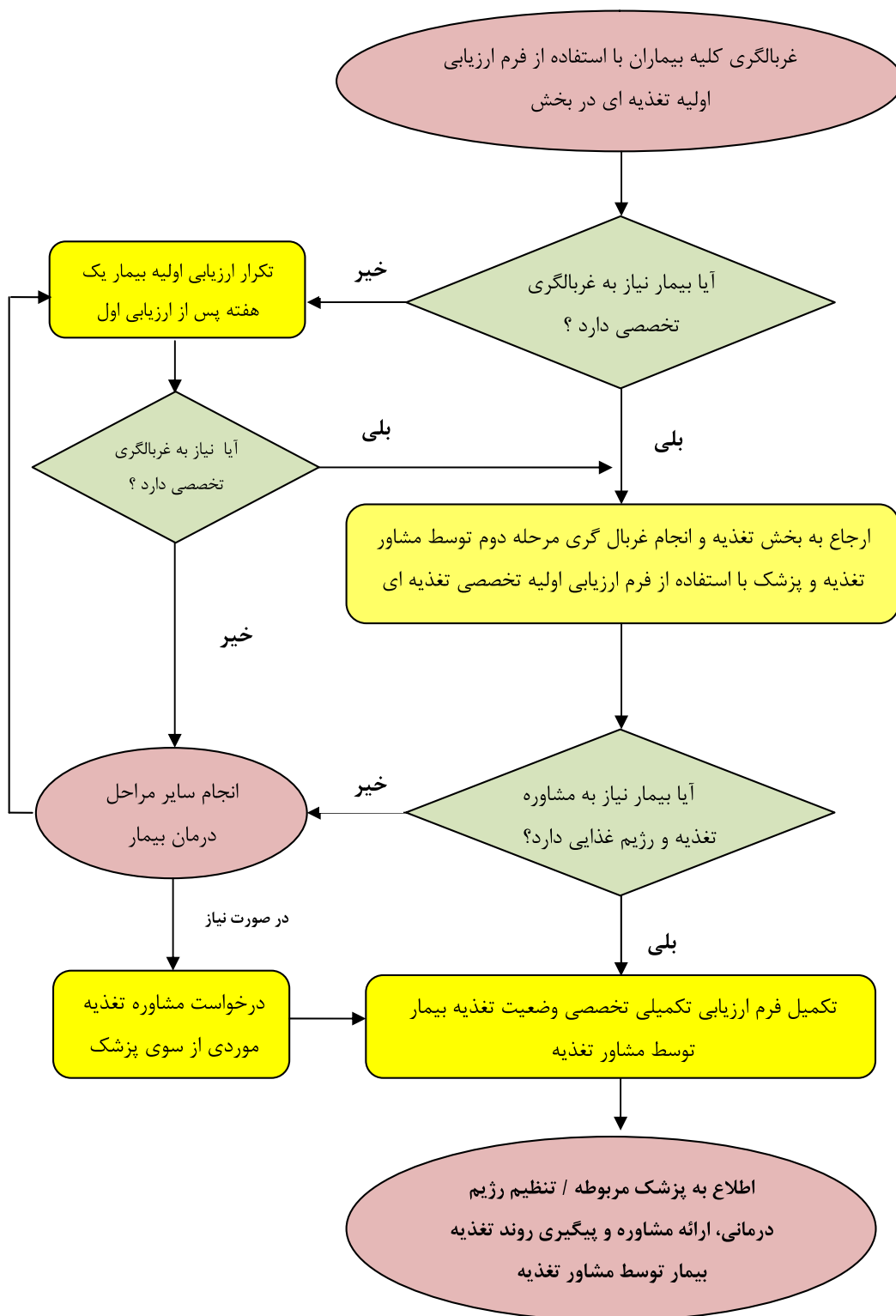
۳. در کلیه مراحل، لازم است فرم های تکمیل شده ارزیابی بیماران در پرونده آنان درج گردد.

تذکر ۱- فرم های مخصوص ارزیابی تغذیه ای کودکان در ویرایش های آتی این مجموعه اضافه خواهد شد.

تذکر ۲- در خصوص ارزیابی تغذیه ای بیماران بستری در بخش های مراقبتهای ویژه، جراحی، سوختگی و ... با توجه به شرایط ویژه بیماران این بخش، لازم است علاوه بر ارزیابی تغذیه ای با استفاده از فرم های این مجموعه، خدمات تخصصی ویژه تغذیه همچون محاسبات تخصصی کالری، پروتئین و مایعات مورد نیاز و پیگیری های بیشتر بیماران توسط مشاورین تغذیه صورت گیرد.

تذکر ۳- با پیشرفت برنامه و رفع نواقص موجود، مجموعه فعلی با پیشنهاد دانشگاه ها قابلیت بازنگری و ارتقاء را دارد. فرایند غربالگری و ارزیابی وضعیت تغذیه و جدول خلاصه اجرایی برنامه تغذیه بالینی در بیمارستان در صفحات بعد ارائه شده است.

فرایند غربالگری و ارزیابی تغذیه ای بیماران



جدول خلاصه اجرایی ارزیابی های تغذیه ای بیماران بستری

فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای	فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای	فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای	نوع فرم موضوع
مشاور تغذیه بخش	- پزشک معالج - مشاور تغذیه بخش	پرستار بخش	مسئول تکمیل فرم
۱- بلافاصله پس از درخواست مشاوره موردی از سوی پزشک معالج ۲- بلافاصله پس از تعیین نیاز به دریافت مشاوره تغذیه بر اساس ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای	زمان بستری در بخش با ارجاع از سوی پرستار	زمان پذیرش بیمار در بخش	زمان تکمیل فرم
۱- موارد درخواست مشاوره موردی از سوی پزشک معالج ۲- موارد نیازمند دریافت مشاوره تغذیه بدنبال دریافت امتیاز "بیش از ۳" از فرم ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای	موارد دریافت پاسخ "بلی" از فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای	کلیه موارد بستری شده	اندیکاسیونهای تکمیل فرم
یکبار برای هر بیمار تحت پوشش مطابق دستورالعمل در ابتدا و سپس ارزیابی روزانه بیمار تا زمان ترخیص از بخش	اگر امتیاز بالاتر از ۳ باشد، ارجاع جهت تکمیل فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی و در صورت امتیاز کمتر از ۳، ارزیابی اولیه تغذیه ای هفتگی بیمار انجام خواهد شد.	اگر پاسخ بلی باشد، ارجاع جهت تکمیل فرم ارزیابی اولیه تخصصی و در صورت پاسخ خیر برای همه سوالات، بفاصله یک هفته بعد مجددا تکمیل می شود.	تواتر زمانی تکمیل فرم
پرونده بیماران	پرونده بیماران	پرونده بیماران	محل نگهداری فرم

ارزیابی اولیه تغذیه ای

(غربالگری مرحله اول)

دستورالعمل فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در بدو پذیرش

این فرم توسط پرستار مسئول بیمار در زمان پذیرش بستری در بخش تکمیل می گردد. پس از درج اطلاعات پایه بیماران در محل مربوطه، نوبت ارزیابی بیمار تعیین می گردد. در صورتی که بیمار برای بار اول مورد ارزیابی تغذیه ای قرار می گیرد، مربع مربوطه پر شده و در صورتی که به دلیل عدم نیاز به ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای در نوبت اول، نیاز به تکرار ارزیابی اولیه بعد از یک هفته پیدا کرده است، مربع دوم علامت زده می شود.

در پاسخ به سوال ۱، نمایه توده بدنی (BMI) بیمار با استفاده از نمودگرام ضمیمه و یا با استفاده از فرمول نسبت وزن (بر حسب کیلوگرم) به مجذور قد (اندازه قد بر حسب سانتی متر به توان دو) محاسبه شده و در صورتی که این مقدار از عدد ۲۰/۵ کمتر باشد، در ستون بلی و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود.

در پاسخ به سوال ۲، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص کاهش وزن طی سه ماه اخیر به هر دلیل، در صورت دریافت پاسخ بلی، در محل مربوطه علامت درج شده و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود.

در پاسخ به سوال ۳، با پرسش از بیمار یا همراه او در خصوص بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل طی هفته گذشته، در صورت دریافت پاسخ بلی، در محل مربوطه علامت درج شده و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود.

در پاسخ به سوال ۴، با مشاهده و مصاحبه بیمار و مشاهده شرح حال درج شده در پرونده بیمار، ارزیابی وضعیت او صورت می گیرد. در صورتی که به طور کلی وضعیت بیمار وخیم ارزیابی شود (به طور مثال نیاز به درمان ویژه در ICU یا CCU یا intensive therapy دارد یا خیر؟)، پاسخ بلی در محل مربوطه علامت درج شده و در غیر این صورت در محل خیر علامت زده می شود.

در نتیجه ارزیابی، در صورتی که حتی یک بلی در جدول علامت خورده باشد، لازم است در محل مربع مربوط به عبارت "لزوم تکمیل فرم ارزیابی اولیه تخصصی" علامت زده شده و فرم ارزیابی اولیه تخصصی تکمیل گردد.

در صورتی که پاسخ هیچیک از سوالات بلی نبود، مربع مقابل عبارت "لزوم تکرار ارزیابی اولیه بعد از یک هفته" علامت خورده، در کارتکس بیمار تاریخ ارزیابی مجدد جهت یادآوری نوشته شود و تکرار این ارزیابی پس از یک هفته از زمان پذیرش بیمار ضروری می باشد.

فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در بدو پذیرش در بیمارستان

Primary Nutritional Assessment

بیمارستان.....

شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		بخش:		تاریخ پذیرش:	
جنس:		سن:		نوع پذیرش:		نوبت ارزیابی:		نوع پذیرش:	
☐ مرد		☐		☐ سرپایی		☐ اورژانس		☐ بستری	
☐ زن		☐		☐ اول		☐ دوم		☐	
۱		آیا نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می باشد؟		بله		خیر			
۲		آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن داشته است؟		بله		خیر			
۳		آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) شده است؟		بله		خیر			
۴		آیا بیماری فرد شدید است؟		بله		خیر			
نتیجه ارزیابی:		لزوم تکمیل فرم ارزیابی اولیه تخصصی		لزوم تکرار ارزیابی اولیه بعد از یک هفته					

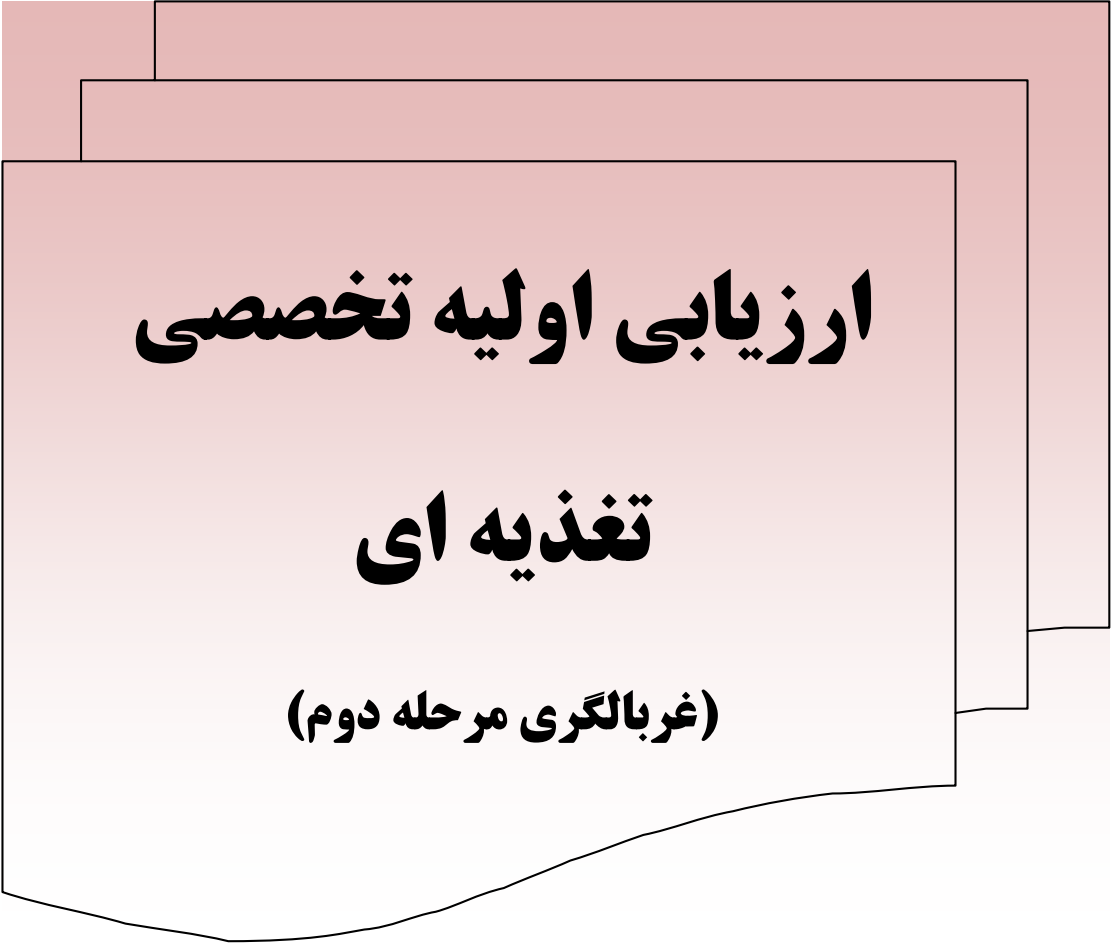
نام و نام خانوادگی و

مهر و امضای پرستار

توضیحات:

- این فرم در زمان پذیرش توسط پرستار تکمیل می شود.
- در ردیف ۱، نمایه توده بدنی از تقسیم عدد وزن بر حسب کیلو گرم بر مجذور قد بر حسب متر بدست می آید:

$$\frac{\text{وزن}}{(\text{قد})^2}$$
- در ردیف ۳ منظور از شدید بودن بیماری آن است که آیا به طور کلی وضعیت کلی بیمار را وخیم ارزیابی می کنید و به طور مثال نیاز به درمان ویژه در ICU یا CCU یا intensive therapy دارد یا خیر؟
- اگر جواب حتی یکی از سوالات جدول بله باشد، فرم ارزیابی اولیه تخصصی توسط پزشک معالج و مشاور تغذیه تکمیل شود.
- اگر جواب همه سوالات جدول خیر باشد، بیمار به فاصله یک هفته، مجدداً با استفاده از همین جدول ارزیابی خواهد شد.
- توجه: اگر مقرر است بیمار برای یک عمل جراحی بزرگ (تشخیص عمل جراحی بزرگ توسط پزشک) آماده شود، باید برنامه مراقبتی تغذیه ای (تکمیل فرم های ارزیابی اولیه و تکمیلی تخصصی تغذیه ای)، قبل از عمل جهت اجتناب از خطر در نظر گرفته شود.



ارزیابی اولیه تخصصی

تغذیه ای

(غربالگری مرحله دوم)

دستور العمل فرم ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای

این فرم در صورت نیاز بر اساس اطلاعات استخراج شده از فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای، توسط پزشک معالج بیمار و مشاور تغذیه در زمان بستری در بخش تکمیل می گردد. پس از درج اطلاعات پایه بیماران در محل مربوطه، پزشک با توجه به وضعیت بیماری، شدت بیماری را تعیین می نماید و مشاور تغذیه با توجه به وضعیت تغذیه، نسبت به تعیین شدت سوء تغذیه اقدام می نماید.

نحوه تعیین شدت بیماری توسط پزشک؛

بیماران از نظر شدت بیماری در سه دسته قرار می گیرند: در مواردی همچون وجود شکستگی لگن، بیماریهای مزمن (به ویژه با عوارض حاد) مانند سیروز، COPD، همودیالیز مزمن، دیابت، انواع سرطان و موارد مشابه، شدت بیماری در طبقه بندی خفیف قرار گرفته و امتیاز ۱ به آن اختصاص داده می شود.

در موارد حادثتری همچون جراحی بزرگ شکمی، سکت، پنومونی شدید، بدخیمی های خونی و موارد مشابه، شدت بیماری در طبقه بندی متوسط قرار گرفته و امتیاز ۲ به آن اختصاص داده می شود.

در موارد شدید همچون ضربه به سر، پیوند مغز استخوان، بیماران نیازمند مراقبتهای ویژه و موارد مشابه، شدت بیماری در طبقه بندی شدید قرار گرفته و امتیاز ۳ به آن اختصاص داده می شود. شدت بیماری براساس فرمول APACHE II توسط متخصص بیهوشی و یا پزشک مسئول بیمار در صورت ضرورت لحاظ می گردد.

درانتهای ارزیابی پزشک، بر اساس شدت بیماری و امتیازکسب شده، امتیاز ستون اول توسط پزشک در محل مربوطه درج می شود.

نحوه تعیین شدت سوء تغذیه توسط مشاور تغذیه؛

بیماران از نظر شدت سوء تغذیه در چهار دسته قرار می گیرند: در صورتی که بیمار طی سه ماه گذشته کاهش وزنی بیش از ۵٪ وزن معمول یا طی هفته گذشته دریافت غذایی کمتر از ۵۰٪ تا ۷۵٪ نیاز طبیعی داشته باشد شدت سوء تغذیه در طبقه بندی خفیف قرار گرفته و امتیاز ۱ به آن اختصاص داده می شود.

در صورتی که بیمار طی دو ماه گذشته کاهش وزنی بیش از ۵٪ وزن معمول یا نمایه توده بدنی بین ۱۸/۵ و ۲۰/۵ با وضعیت عمومی نامناسب داشته باشد و یا طی هفته گذشته دریافت غذایی بین ۲۵٪ تا ۵۰٪ نیاز طبیعی داشته باشد شدت سوء تغذیه در طبقه بندی متوسط قرار گرفته و امتیاز ۲ به آن اختصاص داده می شود.

در صورتی که بیمار طی یک ماه گذشته کاهش وزنی بیش از ۵٪ وزن معمول (بیش از ۱۵٪ طی ۳ ماه) یا نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ با وضعیت عمومی نامناسب داشته باشد و یا طی هفته گذشته دریافت غذایی کمتر از ۲۵٪ نیاز طبیعی داشته باشد شدت سوء تغذیه در طبقه بندی شدید قرار گرفته و امتیاز ۳ به آن اختصاص داده می شود.

در صورتی که بیمار طی ماههای اخیر کاهش وزن نداشته است، وضعیت تغذیه طبیعی قلمداد شده و امتیازی به این قسمت تعلق نمی گیرد.

در تعیین امتیاز هر ستون، در صورتی که بیمار واجد شرایط بیش از یک مورد از ردیف ها باشد، باید امتیاز بزرگتر را در تعیین شدت بیماری یا شدت سوء تغذیه منظور کرد. به عنوان مثال در صورت وجود شرایط جراحی بزرگ شکمی و ضربه به سر همزمان در یک بیمار، ۳ امتیاز یعنی امتیاز ردیف سوم (ضربه به سر) منظور می گردد.

در ردیف انتهای جدول، امتیاز ستون اول که مربوط به وضعیت بیماری است توسط پزشک محاسبه و درج می شود. همچنین امتیاز ستون سوم که مربوط به وضعیت تغذیه است توسط مشاور تغذیه محاسبه و درج می گردد.

جمع امتیاز ستون اول و دوم توسط پزشک یا کارشناس تغذیه محاسبه و در مربع مربوطه درج می گردد. امتیاز بدست آمده در مورد افراد زیر ۷۰ سال، یکبار دیگر به عنوان امتیاز کلی در مربع مربوطه درج می شود و در مورد افراد بالای ۷۰ سال با اضافه کردن عدد ۱ به جمع امتیازستون اول و دوم در مربع مربوط به امتیاز کلی درج می شود.

در ردیف آخر پزشک و مشاور تغذیه با درج نام و نام خانوادگی خود، محل مربوطه را امضا می نمایند.

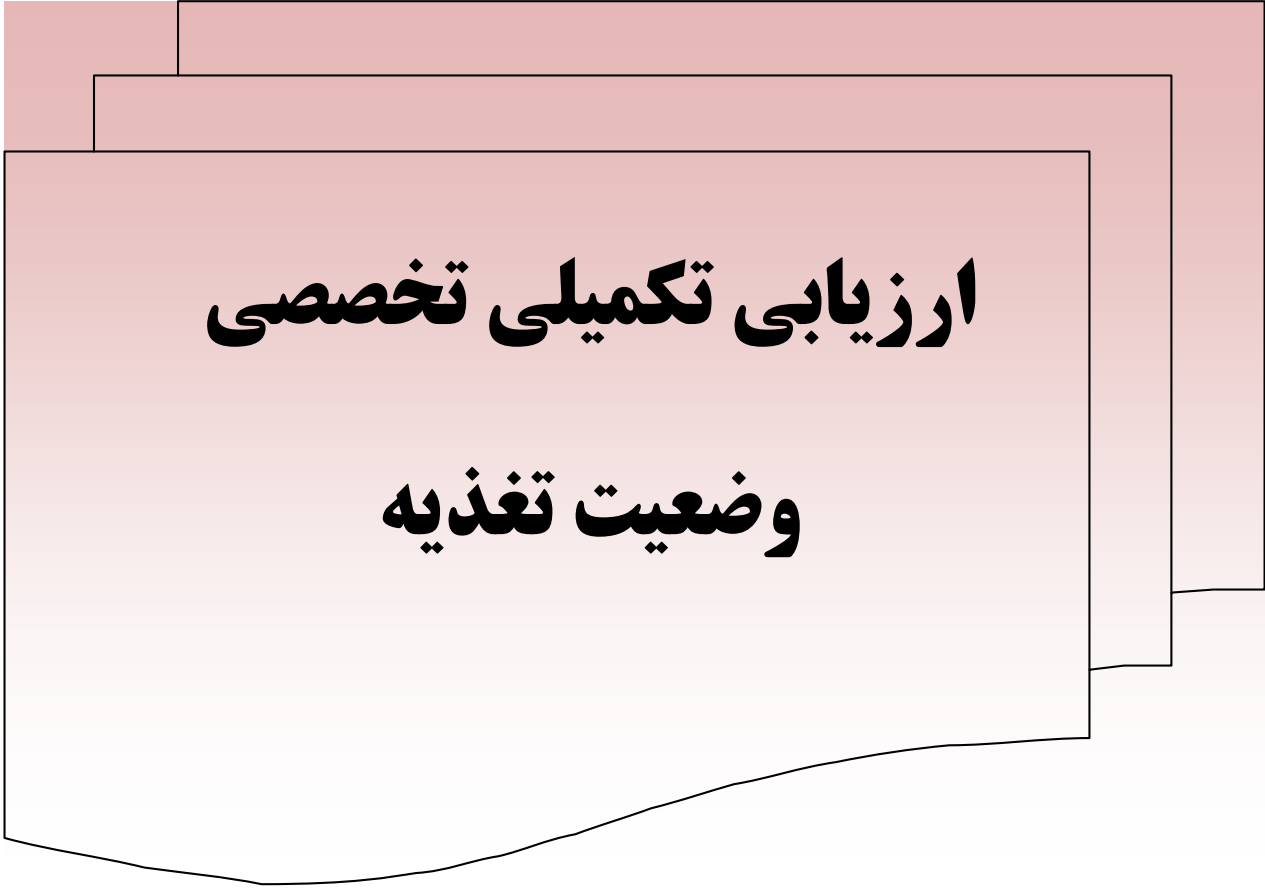
در انتها با توجه به امتیاز کسب شده، نیاز به مشاوره تخصصی تغذیه و رژیم درمانی مشخص شده و ارزیابی تکمیلی تخصصی توسط مشاور تغذیه با تکمیل فرم مربوطه انجام خواهد شد.

فرم ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای
Primary Professional Nutritional Assessment
 بیمارستان.....

شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	بخش:	تاریخ پذیرش:
جنس: ☐ مرد ☐ زن		سن:	اتاق:		نوع پذیرش: ☐ سرپایی ☐ بستری	
تخت:		اورژانسی ☐				

شدت بیماری	وضعیت بیماری	شدت سوء تغذیه	وضعیت تغذیه
فقدان بیماری (امتیاز ۰)	بدون علائم بالینی است.	فقدان سوء تغذیه (امتیاز ۰)	وضعیت تغذیه طبیعی است.
خفیف (امتیاز ۱)	در موارد شکستگی لگن، بیماریهای مزمن به ویژه با عوارض حاد مانند سیروز، COPD، همودیالیز مزمن، دیابت، اونکولوژی و ...	خفیف (امتیاز ۱)	در موارد کاهش وزن بیش از ۵٪ طی سه ماه یا دریافت غذایی کمتر از ۵۰٪ تا ۷۵٪ نیاز طبیعی طی هفته گذشته
متوسط (امتیاز ۲)	در موارد جراحی بزرگ شکمی، سکنه، پنومونی شدید، بدخیمی خونی	متوسط (امتیاز ۲)	در موارد کاهش وزن بیش از ۵٪ طی دو ماه یا نمایه توده بدنی بین ۱۸.۵ و ۲۰.۵+ وضعیت عمومی نامناسب یا دریافت غذایی بین ۲۵٪ تا ۶۰٪ نیاز طبیعی طی هفته گذشته
شدید (امتیاز ۳)	در موارد صدمه به سر، پیوند مغز استخوان، بیماران نیازمند مراقبتهای ویژه (APACHE II > 10).	شدید (امتیاز ۳)	در موارد کاهش وزن بیش از ۵٪ طی یک ماه (بیش از ۱۵٪ طی ۳ ماه) یا نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸.۵+ وضعیت عمومی نامناسب یا دریافت غذایی کمتر از ۲۵٪ نیاز طبیعی طی هفته گذشته
امتیاز ستون اول:	امتیاز ستون دوم:		
جمع امتیاز ستون اول و دوم:		امتیاز کلی:	
نام و نام خانوادگی و مهر و امضای پزشک معالج:		نام و نام خانوادگی و مهر و امضای مشاور تغذیه:	

- در افراد بالاتر از ۷۰ سال: به امتیاز کلی بالا ۱ نمره اضافه کنید= امتیاز کلی (اصلاح شده با توجه به سن)
 - امتیاز < ۳: بیمار از نظر تغذیه ای در خطر است و درخواست مشاوره تغذیه از سوی پزشک جهت مراقبت تغذیه ای با تکمیل برگ ارزیابی وضعیت تغذیه داده شود.
 - امتیاز > ۳: غربالگری هفتگی بیمار انجام شود. اگر بیمار برای مثال قرار است برای یک عمل جراحی بزرگ آماده شود، باید برنامه مراقبتی تغذیه ای قبل از این عمل جهت اجتناب از خطر در نظر گرفته شود.
- تذکر ۱: این فرم در صورت نیاز و با توجه به نتایج ارزیابی اولیه تکمیل خواهد شد که در آن شدت بیماری توسط پزشک معالج، و شدت سوء تغذیه توسط مشاور تغذیه تعیین شده و در نهایت با در نظر گرفتن جمع امتیازهای حاصله، نیاز به دریافت مشاوره تغذیه تعیین خواهد شد.
- تذکر ۲: در صورتی که با توجه به مجموع امتیازات این فرم، نیاز به انجام مشاوره تغذیه وجود داشته باشد، درخواست مشاوره از سوی پزشک معالج تکمیل شده و در مرحله بعد، "فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه" نیز به عنوان بخشی از فرایند مشاوره، توسط مشاور تغذیه تکمیل و در پرونده بیمار قرار داده می شود.



ارزیابی تکمیلی تخصصی

وضعیت تغذیه

دستور العمل فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه

فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه

این فرم بدنال ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای و با درخواست مشاوره تغذیه از طرف پزشک، توسط مشاور تغذیه تکمیل می گردد. پس از درج اطلاعات پایه بیماران در محل مربوطه، مشاور تغذیه بر اساس مندرجات پزشک در پرونده بیمار، تشخیص بیماری را در محل مربوطه درج می نماید.

در بخش مربوط به امتیاز ارزیابی اولیه تخصصی، امتیاز کسب شده از فرم امتیاز ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای که توسط پزشک و مشاور تغذیه تکمیل شده و منجر به درخواست ارزیابی تکمیلی تخصصی شده است درج می گردد

در ردیف انتهایی این بخش، نام داروها و مکملهای غذایی-دارویی که بیمار در حال حاضر مصرف می کند درج می گردد. در صورت وجود سابقه حساسیت در بیمار نسبت به غذا یا دارویی خاص، نام ماده غذایی یا داروی حساسیت زا برای بیمار در بخش مربوطه درج می گردد و در غیر این صورت در محل مربوطه عبارت "ندارد" درج می گردد.

۱. در شماره ۱ فرم، اطلاعات تن سنجی بیمار به تفکیک بر اساس اندازه ها و شاخصهای ذکر شده اندازه گیری یا محاسبه و بر اساس معیار ذکر شده در محل مربوطه در فرم ثبت می شود.

- نحوه اندازه گیری به روش استاندارد های کشوری در هر گروه سنی انجام می شود. اندازه گیری وزن با استفاده از ترازوهای استاندارد و سالم، اندازه گیری قد با استفاده از متر و یا قدسنج استاندارد انجام می شود. بطور کلی اندازه گیری های قد، وزن و ... تا حد امکان واقعی و در صورت محدودیت در اندازه گیری، بطور غیرمستقیم اندازه گیری شده و برآورد تخمینی ثبت می شود.

- اندازه گیری دور کمر، اختیاری بوده و در موارد خاص به تشخیص مشاور تغذیه انجام می شود.
- ضخامت چین پوستی؛ این معیار در تخمین دور بازو مفید است. با استفاده از کالیپر می توان ضخامت چین پوستی را در ناحیه میانه بازو اندازه گیری کرد و مقدار آن را بر حسب سانتی متر در محل مربوطه درج نمود. اندازه گیری چین پوستی برای تعیین چربی زیر جلدی مورد استفاده قرار می گیرد. اگرچه تغییرات آن غیر دقیق است ولی می تواند در پیگیری وضع بیمار مفید باشد این اندازه گیری در صورت وجود کالیپر در بخش انجام می گیرد.
- اندازه گیری دور بازو با استفاده از متر استاندارد انجام شده و در محل مربوطه ثبت می گردد.
- نمایه توده بدنی با استفاده از فرمول مربوطه و یا با استفاده از نمودگرام تعیین و ثبت می گردد.

- برای اندازه گیری وزن ایده آل به روش زیر عمل کنید: برای مردان ۴۸ کیلوگرم به ازای ۱۵۰ سانتیمتر قد و برای هر ۲/۵ سانتیمتر اضافه، ۲/۷ کیلوگرم در نظر بگیرید و برای زنان ۴۵ کیلوگرم به ازای ۱۵۰ سانتیمتر قد و برای هر ۲/۵ سانتیمتر اضافه، ۲/۲ کیلوگرم در نظر بگیرید.
- اندازه گیری دور مچ دست برای ارزیابی اندازه بدن و سپس برآورد نیازهای تغذیه ای کاربرد دارد و اندازه گیری ساده و مفیدی است. براساس اندازه دور مچ اندازه بدن بدست می آید که در تخمین وزن ایده ال کاربرد دارد. دور مچ نیز با استفاده از متر استاندارد اندازه گیری شده و در محل مربوطه درج می گردد.
- اندازه اسکلت بدن (r) یا جثه، از طریق تقسیم اندازه قد (بر حسب سانتی متر) به پیرامون مچ دست غیر فعال (بر حسب سانتی متر) بدست می آید (فرمول زیر). سپس با مقایسه عدد بدست آمده با جدول زیر، اندازه اسکلت بدن افراد به تفکیک مرد و زن تعیین شده و سپس در محل مربوطه درج می گردد.

Height (cm)

$r = \frac{\text{Wrist circumference (cm)}}{\text{Height (cm)}}$

Wrist circumference (cm)

اندازه اسکلت بدن (جثه)	مردان	زنان
کوچک (اکتومورف)	$r > 10.4$	$r > 11.0$
متوسط (مزومورف)	$r = 9.6 - 10.4$	$r = 10.1 - 11.0$
بزرگ (آندومورف)	$r < 9.6$	$r < 10.1$

- در بخش تغییر وزن اخیر، در صورتی که طی هفته ها یا ماههای اخیر وزن بیمار به گفته خود او تغییر کرده باشد (دچار اضافه وزن یا کاهش وزن شده باشد) پاسخ به شکل بلی یا خیر و نوع آن نیز در همان محل درج شده و یا به دور پاسخ مناسب دایره کشیده می شود.
- در صورتی که پاسخ سوال قبل (تغییر وزن اخیر) بلی باشد در سوال بعدی مقدار این تغییرات درج می شود.
- مدت زمان تغییرات وزن اخیر بنابر اظهارات بیمار نیز بر حسب روز، هفته یا ماه در محل مربوطه درج می گردد.

۲. در شماره ۲ فرم، مشکلات گوارشی و غذایی بیمار در زمان پذیرش بر اساس مندرجات پرونده پزشکی و مصاحبه و پرسش از بیمار مورد ارزیابی قرار گرفته و درج می گردد. در صورت وجود هر یک از مشکلات درج شده در این قسمت (شامل: تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، اختلال بلع و جویدن غذا و دندان مصنوعی)، مربع مربوطه علامت می خورد. در صورتی که بیش از یک مشکل در بیمار وجود داشته باشد همه موارد مورد نظر علامت زده می شود.

۳. در شماره ۳ فرم، **وضعیت بالینی** بیمار (شامل: تحلیل عضلانی، ادم، آسیت و تغییرات مو و پوست) با استفاده از مندرجات پرونده پزشکی و معاینه بیمار در چهار موضوع ذکر شده با علامت زدن در محل مربوطه تعیین می گردد.

۴. در شماره ۴ فرم، **نحوه تغذیه** (شامل: منع تغذیه با دهان، تغذیه دهانی، تغذیه با لوله و تغذیه وریدی) بر اساس دستور پزشک معالج درج شده در پرونده پزشکی بیمار تعیین شده و در محل مربوطه علامت زده می شود.

۵. در شماره ۵ فرم، **نیازهای تغذیه ای** بیمار شامل کالری، پروتئین و حجم مایعات مورد نیاز محاسبه شده و در مقابل عبارت مربوطه درج می گردد. در محاسبه کالری مورد نیاز، ضرایب استرس بیمار طبق جدول ارائه شده در شماره ۷ همین فرم تعیین شده و مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس کالری محاسبه شده که به تفکیک جنسیتی مرد و زن صورت گرفته است، پروتئین (بر اساس کالری مورد نیاز فرد و وضعیت بالینی بیمار) و حجم مایعات (بر اساس وضعیت بالینی بیمار و حدود ۱-۱.۵ میلی لیتر به ازای هر کیلوکالری انرژی) مورد نیاز نیز محاسبه می گردد.

۶. در شماره ۶ فرم، **نتایج تست های آزمایشگاهی مورد نیاز**، بر اساس مندرجات پرونده پزشکی بیمار و یا نتایج آزمایشات ضمیمه در این قسمت درج می شود. در صورت نیاز به کنترل سایر تستهای آزمایشگاهی، موارد در این قسمت مشخصاً "عنوان شده و به عنوان آزمایشات تکمیلی مورد نیاز در برگه مشاوره تغذیه درخواست می گردد.

۷. در شماره ۷ فرم، **ضریب استرس** بیمار بر اساس نوع استرس بیمار (شامل: آسیب با عفونت، جراحی، آسیب در چندین ناحیه بدن، عفونت شدید، شکستگی استخوانی، تب و سوختگی) تعیین و عدد مورد نظر مشخص می گردد (با کشیدن دایره ای به دور عدد مورد نظر یا درج عدد ضریب استرس در مقابل عبارت ضرایب استرس). همچنان که در توضیحات شماره ۵ عنوان گردید، ضریب استرس در تعیین کالری بیمار مورد استفاده قرار می گیرد.

۸. در شماره ۸ فرم، **ارزیابی شدت سوء تغذیه** بیمار بر اساس جدول ارائه شده در فرم صورت می گیرد. در این جدول، مبنای تعیین شدت سوء تغذیه، وزن کنونی بیمار در مقایسه با وزن ایده آل او (با تعیین درصد وزن ایده آل) و سطح آلبومین سرم بیمار می باشد. بدین ترتیب که به عنوان مثال، در صورتی که آلبومین بیمار در محدوده ۲/۵ تا ۳ گرم در دسی لیتر باشد و وزن کنونی او طبق محاسبه، ۸۰٪ وزن ایده آل باشد، بیمار مبتلا به سوء تغذیه پروتئین انرژی متوسط می باشد.

نکته: انجام آزمایش آلبومین سرم در موارد خاصی نظیر سالمندان، بیماران دچار بدخیمی، سوختگی ها، بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه و ... ضروری است، اما با توجه به اینکه اندازه گیری این شاخص برای همه بیماران بستری ضرورتی ندارد، امکان دارد اندازه گیری آن در برخی بیماران صورت نگیرد. لذا جهت ارزیابی وضعیت سوء تغذیه می توان از سایر روشهای تعیین سوء تغذیه استفاده کرد از جمله تعیین

شدت سوء تغذیه بر مبنای وزن ایده آل که با مقایسه وزن کنونی بیمار با وزن ایده آل مطابق جدول زیر می توان بطور تقریبی شدت سوء تغذیه را برآورد نمود:

جدول تفسیر درصد وزن ایده آل در مردان و زنان غیر باردار بر اساس نمایه توده بدنی	
درصد وزن ایده آل	تفسیر
مساوی یا بالاتر از ۲۰۰	چاقی شدید
۱۳۰-۱۹۹	چاقی
۱۱۰-۱۲۹	اضافه وزن
۹۱-۱۰۹	طبیعی
۸۰-۹۰	سوء تغذیه خفیف
۷۰-۷۹	سوء تغذیه متوسط
مساوی و کمتر از ۶۰	سوء تغذیه شدید

۹. در شماره ۹ فرم، رژیم غذایی بیمار با در نظر گرفتن اطلاعات اخذ شده در بندهای قبلی فرم، بررسی کلیه جوانب سلامت و بیماری فرد، مستندات و آزمایشات موجود و نیازهای انرژی محاسبات شده بیمار توسط مشاور تغذیه تعیین و بطور مشخص درج می شود. سپس در ذیل دستور غذایی، ممه‌ور به مهر مشاور تغذیه و امضا می گردد. در مقابل این ردیف، محل درج تاریخ تکمیل فرم و ارائه دستور غذایی توسط مشاور تغذیه است که توسط شخص مشاور تغذیه تکمیل می گردد.

۱۰. در شماره ۱۰ فرم، تاریخ رویت و تایید دستور رژیم غذایی، توسط پزشک معالج مربوطه درج و در مقابل ردیف، ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک می گردد.

در نهایت مشاور تغذیه موظف است با استناد به فرم ارزیابی اولیه تخصصی و تعیین رژیم غذایی بیمار، سیر وضعیت تغذیه و شاخصهای مربوطه (همچون میزان intake و output، شاخص های انترپومتری و ...) در بیمار را با همکاری پرستاران بخش ثبت و ارزیابی نموده و با درج در پرونده به اطلاع پزشک مربوطه برساند.

فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه

Complementary Professional Nutritional Assessment Form

بیمارستان.....

شماره پرونده :		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	بخش:	تاریخ پذیرش:
جنس: ☐ مرد ☐ زن		سن:		اتاق:		تاریخ درخواست مشاوره تغذیه:
متاهل ☐ مجرد ☐		شغل:		تشخیص:		نوع پذیرش: ☐ اورژانس ☐ بستری ☐ سرپایی
داروها و مکمل های مصرفی:		سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:		امتیاز ارزیابی اولیه تخصصی:		

(۱) اطلاعات تن سنجی :

وزن (کیلوگرم):	قد (سانتیمتر):	دور کمر (سانتیمتر):	Waist Circumference
ضخامت چین پوستی	دور بازو (سانتیمتر):	نمایه توده بدن (کیلوگرم/متر مربع):	BMI (kg/m ²):
وزن ایده آل (کیلوگرم):	دور مچ (سانتیمتر):	اندازه اسکلت بدن: (کوچک/متوسط/بزرگ)	Skeletal Size
تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	مقدار (کیلوگرم):	مدت زمان تغییرات وزن اخیر:	Duration
Weight Change	Kg		

(۲) مشکلات گوارشی و غذایی :

☐ Nausea تهوع	☐ Vomiting استفراغ	☐ Diarrhea اسهال
☐ Constipation یبوست	☐ Swallowing and Chewing Problems اختلال بلع و جویدن غذا	☐ Denture دندان مصنوعی

(۳) وضعیت بالینی:

☐ تحلیل عضلانی مشهود (Wasting)	☐ ادم	☐ آسیب	☐ تغییرات مو و پوست
---	------------------------------	-------------------------------	--

(۴) نحوه تغذیه:

☐ Nil by Mouth منع تغذیه با دهان	☐ Total Parenteral Nutrition تغذیه وریدی
☐ Enteral Nutrition تغذیه با لوله	☐ Oral Nutrition تغذیه دهانی

(۵) نیازهای تغذیه ای: کالری مورد نیاز (فرمول Harris Benedict):
 = (ضریب استرس) * [۶/۷۶ * A(year)] - [۵ * Ht(cm)] + [۱۳/۷۵ * wt(kg)] + ۶۶/۴۷ (Male) در مردان
 = (ضریب استرس) * [۴/۶۸ * A(year)] - [۱/۸۵ * Ht(cm)] + [۹/۵۶ * wt(kg)] + ۶۵۵/۱ (Female) در زنان

پروتئین مورد نیاز:

حجم مایعات مورد نیاز:

(۶) تست های آزمایشگاهی مورد نیاز:

(۷) ضرایب استرس:

آسیب با عفونت	۱/۳-۱/۵۵	جراحی	۱-۱/۱	آسیب در چندین ناحیه بدن	۱/۴	عفونت شدید	۱/۲-۱/۶
شکستگی استخوانی	۱/۱-۱/۳	سرطان	۱/۱-۱/۴۵	تب (به ازای هر ۱ درجه بالاتر از ۳۷ درجه سانتیگراد)	۱/۲	سوختگی	۱/۵-۲/۱

(۸) ارزیابی شدت سوء تغذیه:

بیش از ۹۰٪ وزن ایده آل	۹۰٪ - ۷۱٪ وزن ایده آل	۶۰٪ - ۷۰٪ وزن ایده آل	کمتر از ۶۰٪ وزن ایده آل	آلبومین سرم
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی شدید	gr/dl ۲/۵ <
سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی شدید	gr/dl ۲ - ۲/۵
سوء تغذیه پروتئینی خفیف	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی شدید	gr/dl ۳/۵ - ۳/۱
وضعیت تغذیه ای مناسب	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی شدید	gr/dl ۳/۵ >

(۹) دستور رژیم غذایی توسط مشاور تغذیه:

مهر و امضاء مشاور تغذیه:

(۱۰) تاریخی که فرم تکمیل شده به رؤیت پزشک معالج رسیده است.

مهر و امضای پزشک معالج:

پیوست ها

شماره ۱۷۲۰۰/۴۰۰
تاریخ ۱۳۹۰/۰۶/۱۶
پیوست ندارد

بسمه تعالی



ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: تخصیص و تکمیل پست های سازمانی کارشناس تغذیه در معاونت های درمان و بیمارستان های کشور

با سلام

احتراماً به استحضار می رساند با توجه به این که فراهم نمودن خدمات تغذیه شامل بخش مدیریت بخش غذا، خدمات مشاوره ای تغذیه ای، بخش کلینیکها و تغذیه مصنوعی (تغذیه انترال و پرنترال) یکی از مواردی است که مسوولیتش بین پزشکان، کارشناسان تغذیه و پرستاران تقسیم شده است و تجربه کشورهای پیشرو در زمینه تغذیه بالینی نشان داده است که حضور کارشناسان کارآمد تغذیه در بیمارستان ها می تواند در کاهش طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه های بیمارستانی و افزایش کارآیی بالینی و افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی نقش مهمی داشته باشد و با توجه به عدم تخصیص و یا بلا تصدی بودن برخی از پست های سازمانی کارشناس تغذیه در معاونت های درمان دانشگاه ها و بیمارستان های کشور خواهشمند است دستور فرمایید جهت تخصیص و یا تکمیل پست های بلا تصدی کارشناس مسئول و یا کارشناس تغذیه، تحت نظر مدیریت نظارت و ارزشیابی و یا مدیریت درمان اقدامات لازم به عمل آید.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

فصل هایی از آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان ها به شماره ۸/۱۰۶۹/س
مورخ ۸۴/۱/۱۵ با امضای وزیر محترم وقت، جناب آقای دکتر مسعود پزشکیان در
ارتباط با واحد تغذیه بیمارستان

شماره: ۳/۸/۱۰۲۹
تاریخ: ۸۴/۱/۱۶
مهرت:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
وزیر

این نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستانها

فصل اول (تعاریف:

ماده ۱- بیمارستان یک موسسه پزشکی است که با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی به منظور درمان و بهبودی بیماران سرپایی و بستری بصورت شبانه روزی تأسیس می‌گردد.

تبصره ۱- بیمارستان عمومی یک واحد بهداشتی و درمانی است و باید حداقل دارای چهار بخش بستری (داخلی - جراحی عمومی - زنان و زایمان - اطفال) و بخشهای آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی، و فوریت‌های پزشکی (اورژانس) و تغذیه که همگی اجزای لاینفک بیمارستان بوده که طبق ضوابط و آئین نامه های مربوطه پروانه تأسیس و مسئول فنی جداگانه صادر خواهد گردید.

تبصره ۲- بیمارستان تک تخصصی یک واحد بهداشتی و درمانی است که در یک رشته تخصصی یا فوق تخصصی پزشکی فعالیت خواهد نمود.

تبصره ۳- موسسین یا هیئت مدیره بیمارستان های عمومی موظف هستند حداقل ۲۰٪ ظرفیت تخت های مصوب بیمارستان تحت مدیریت خود را به بستری کردن بیماران داخلی و اطفال اختصاص دهند.

تبصره ۴- بیمارستانهای عمومی موظفند در صورت نیاز دانشگاه / دانشکده مربوطه ۱۰٪ تختهای مصوب را به بخش سرختگی و ۱۰٪ به بخش روانپزشکی اختصاص دهند که در این صورت رعایت ضوابط مربوطه الزامی می باشد.

ماده ۲- در این آئین نامه به منظور اختصار به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت) و به دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی (دانشگاه / دانشکده) و به کمیسیون تشخیص امور پزشکی موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی و مواد خورده‌نی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ (با اصلاحات بعدی) کمیسیون قانونی و به پروانه های تأسیس و مسئول فنی (پروانه های قانونی) گفته می‌شود.



شماره ۱۰۶۹ / ۵۳۸
تاریخ ۸۴۲۱/۱۶
پیوست

بسته

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تفویض

فصل پنجم) شرایط ساختمانی، تجهیزاتی و پرسنلی:

ماده ۱۵- ضوابط فنی، مساحت زمین و کلیه فضاهای فیزیکی بیمارستان از قبیل اورژانس، درمانگاه سرپایی، بخشهای بستری، اتاقهای عمل، بخشهای پاراکلینیکی و خدمات تشخیصی نقشه ساختمان و تأسیسات بیمارستان باید منطبق با استانداردهای وزارت و ضوابط خاص بیمارستانی و تحت نظارت دفتر فنی دانشگاه/دانشکده مربوطه باشد.

تبصره ۱- تأییدیه نهایی وزارت مبنی بر انطباق اجرای ساختمان با نقشه مصوب اولیه جهت اخذ پروانه تأسیس و بهره برداری الزامی است.

تبصره ۲- حداقل مساحت بنای قابل قبول به ازای هر تخت بیمارستانی ۵۰ متر مربع می باشد.

تبصره ۳- حداقل و نوع تعداد تخت های بیمارستانی با توجه به نظر وزارت یا دانشگاه/دانشکده مربوطه بر اساس ضوابط تعیین شده (سطح بندی خدمات و ۰۰۰) خواهد بود ولی بهر حال نباید از ۳۲ تخت کمتر باشد.

ماده ۱۶- کلیه قسمتهای بیمارستان از جمله محوطه اتاق عمل، اتاق های بستری، سالن انتظار، آزمایشگاه و داروخانه باید دارای وسائل ایمنی از جمله: تکیسول ضد حریق نصب شده در محل مناسب، دستگاه مشخص کننده دود (smoke Detector) باشد و کلیه کارکنان آموزشهای لازم دراین زمینه را دیده باشند بطوریکه درهرشیفت افراد آموزش دیده حضور داشته باشند.

ماده ۱۷- بیمارستان با توجه به بخش های مربوطه طبق ضوابط تعیین شده توسط وزارت باید به تمام لوازم و تجهیزات فنی و اداری مورد نیاز متجمله سیستم برق اضطراری مجهز باشد، استانداردهای مربوط به تجهیزات فنی و اداری طبق دستورالعمل های مربوطه خواهد بود.

تبصره - بیمارستان بایستی دارای واحد مهندسی پزشکی بطور مستقل یا در قالب قرار داد همکاری به منظور نگهداری و تعمیر و کنترل کیفی دستگاه ها و ملزومات پزشکی باشد.

ماده ۱۸- نیروی انسانی و پرسنل فنی واجد شرایط مورد نیاز باید متناسب با نوع فعالیت بیمارستان بوده و طبق ضوابط تعیین شده توسط وزارت باشد.

فصل ششم) مقررات بخش تغذیه

ماده ۱۹- بخش تغذیه بیمارستان باید دارای دو واحد مدیریت خدمات غذایی و مشاوره تغذیه و رژیم درمانی باشد.



ماده ۲۰- واحد مدیریت خدمات غذایی مسئول نظارت بر تهیه و توزیع غذا و بهداشت فضای آشپزخانه و سالن های غذا خوری ، و واحد مشاوره تغذیه و رژیم درمانی مسئول تکمیل برگه های اطلاعات تغذیه ای بیماران جهت استفاده در پرونده درمانی ، تنظیم رژیم های غذایی ، و ارائه مشاوره تغذیه به بیماران در حین بستری و قبل از ترخیص می باشد.

ماده ۲۱- هریک از دو واحد بخش تغذیه باید دارای نیروی انسانی مستقل باشند
تبصره ۱: برای واحد مشاوره تغذیه و رژیم درمانی به ازاء هر ۵۰ تخت بیمارستانی ، یک کارشناس تغذیه در نظر گرفته شود.

تبصره ۲: برای واحد مدیریت خدمات غذایی با هر تعداد تخت بستری یک نفر کارشناس تغذیه لازم و کافی می باشد.

تبصره ۳: در بیمارستانهایی که کمتر از ۵۰ تخت دارند ، مسئولیت هر دو واحد بخش تغذیه می تواند برعهده یک کارشناس تغذیه باشد.

فصل هفتم (مقررات بهداشتی :

ماده ۲۲- مقررات بهداشتی به منظور کنترل عفونت در بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

الف) در بیمارستان باید دارای یک کمیته کنترل عفونت بیمارستان طبق ضوابط اعلامی وزارت باشد.

تبصره : مسئولیت نظارت بر برنامه های کنترل عفونت بیمارستان از جمله عملکرد صحیح تجهیزات استریل کننده ، آموزشهای منظم و دوره ای پرسنل و عملکرد صحیح آن برعهده این کمیته است.

ب) بیمارستانها مکلفند براساس دستورالعمل کشوری کنترل عفونت که توسط وزارت اعلام می گردد، اقدام نمایند.

ج) بیمارستانها بایستی وسایل محافظت فردی (personal protective Equipment) متناسب با بخش مربوطه فراهم نمایند.

د) هریک از بخشهای داخلی ، اطفال و عفونی بایستی دارای حداقل یک اتاق یک تخته تحت فشار منفی دارای یک پیش ورودی و دارای سرویس بهداشتی (توالت و دستشویی) مستقل برای بستری بیماران نیازمند به ایزوله تنفسی باشند.

ه) بخش ICU باید دارای اتاق پیش ورودی و دستشویی مناسب باشد.

و) اتاقهای ایزوله تنفسی و اتاق انجام برونکوسکوپی باید تحت فشار منفی باشند و تهویه آنها ضمن مجهز بودن به فیلتر HEPA ، توانای تعویض هوا حدود ۱۵-۱۰ مرتبه در ساعت را داشته باشند.

منابع:

- 1- Luboš Sobotka. ESPEN Blue Book (BASICS IN CLINICAL NUTRITION). Fourth Edition. September 2011
- 2- Luboš Sobotka. "Basiics in clinical nutriton". Fourth Edition. Galen, Vienna. 2011
- 3- H. Lochs, L. Valentini, T. Schütz, et all. ESPEN Guidelines on adult enteral nutrition. Guidelines and position papers from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. 2008
- 4- N.J.M. Cano, M. Aparicio, G. Brunori et all. ESPEN Guidelines for adult parenteral nutrition. Guidelines and position papers from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. 2008
- ۵- حسینی، دکتر سعید و همکاران (مترجم). راهنمای تغذیه روده ای. (ASPEN Enteral Nutrition hand book). پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۹۰
- ۶- حسینی، دکتر سعید و همکاران (مترجم). راهنمای تغذیه وریدی. (ASPEN Parenteral Nutrition hand book). پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران. انتشارات ویستا. ۱۳۹۰
- ۷- آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان ها به شماره ۸/۱۰۶۹/س مورخ ۸۴/۱/۱۵

Introduction:

An appropriate diet is one of the most important parts of the treatment of patients. As well, dietitians are among the main members of the treatment teams. At this time, most patients suffer prolonged bed ridding, increased duration and severity of their diseases, weight loss, malnutrition and many other nutritional deficiencies, mostly due to inappropriate nutritional care.

On the other hand, problems such as inappropriate structure of nutrition units at hospitals, lack of proper TORs for dietitians, lack of nutritional information in the patients' health files, and inadequate number of dietitians at hospitals, have caused inappropriate utilization of the knowledge and skill of dietitians in the treatment of patients.

This booklet is the first edition of the “Forms of Nutritional Assessment of Adult Inpatients at General Wards of Hospitals”, which include three parts, namely “Form of Primary Nutritional Assessment” (primary screening), “Form of Primary Professional Nutritional Assessment” (secondary screening), and finally “Form of Complementary Professional Nutritional Assessment”.

For proper utilization of these forms, the following notes should be remembered:

- 1. It is expected that universities of medical sciences use experienced and active nutrition officers at their treatment undersecretaries for supervising proper implementation of nutritional cares at hospitals.**
- 2. The administrative managers of hospitals should do their best to employ adequate dietitians for their hospitals, according to the Article 21 of the “Protocol of Establishing and Utilizing Hospitals”.**
- 3. At all stages, it is necessary that the filled forms be entered in the patients' health files.**

Note 1: Specific forms of other hospital units such as Pediatrics, ICUs, Surgery and Burning wards are to be added to the next edition of this booklet.

Note 2: This booklet can be corrected or improved, based on suggestions of nutritionists and Dietitians.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.