

فرم ارزیابی اولیه تغذیه
Nutrition Screening Form
 بیمارستان.....

شماره پرونده:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	بخش:	تاریخ پذیرش در بخش:
		اتاق:	نوع پذیرش اولیه: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> بستری
جنس:	سن:	تخت:	نوبت غربالگری: اول <input type="checkbox"/> تاریخ: دوم <input type="checkbox"/> تاریخ:
<input type="checkbox"/> مرد	قد:		
<input type="checkbox"/> زن	وزن:		
خیر	بلی		
		۱ آیا نمابه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می باشد؟	
		۲ آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته بیش از ۵٪ کاهش وزن ناخواسته داشته است؟	
		۳ آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل شده است؟	
		۴ آیا بیماری فرد شدید و مخاطره آمیز است؟ *	
نتیجه غربالگری نوبت اول: تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> تکرار غربالگری بعد از یک هفته لازم است <input type="checkbox"/>			
نتیجه غربالگری نوبت دوم: تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم نیست <input type="checkbox"/>			

v3 * منظور از شدت بیماری موارد ابتلا به یکی از بیماریهای زیر به ویژه با عوارض حاد مانند بیماریهای کلیه و سیروز، COPD، دیالیز، دیابت کنترل نشده، فشار خون بالا، بیماریهای دستگاه گوارش، اونکولوژی، بیماری های نورولوژیک، سکت، پنومونی، پیوند اعضا، سوختگی، بیماران کاندید عمل جراحی می باشد.

نام و نام خانوادگی و
 مهر و امضای پرستار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه بزرگسالان

Adults' Professional Nutrition Assessment Form

بیمارستان.....

شماره پرونده :		نام و نام خانوادگی:	
نام پدر:	بخش:	نام پدر:	بخش:
سن:	اتاق:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ پذیرش:
متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	تخت:	نوع پذیرش اولیه: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/>	تاریخ درخواست مشاوره تغذیه از سوی پزشک یا غربالگری:
بیماری زمینه ای:		تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:	
عادات غذایی:		سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:	
سابقه اخیر مصرف مکمل های تغذیه ای و داروها:		داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:	
(۱) اطلاعات تن سنجی:		دستور غذایی پزشک معالج:	
وزن فعلی (کیلوگرم):	Current Body Weight	قد (سانتیمتر):	Height
وزن معمول (کیلوگرم):	Usual weight	دور بازو (سانتیمتر):	MAC (cm):
وزن ایده آل (کیلوگرم):	Ideal Weight	تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	Weight Change
(۲) مشکلات گوارشی و غذایی: <input type="checkbox"/> تهوع Nausea <input type="checkbox"/> استفراغ Vomiting <input type="checkbox"/> اسهال Diarrhea <input type="checkbox"/> یبوست Constipation <input type="checkbox"/> اختلال بلع و جویدن غذا <input type="checkbox"/> Swallowing and Chewing Problems <input type="checkbox"/> کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> مشکلات دهانی یا دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> Denture <input type="checkbox"/>			
(۳) وضعیت بالینی: <input type="checkbox"/> تحلیل عضلانی مشهود (Wasting) <input type="checkbox"/> کاهش چربی زیر جلدی <input type="checkbox"/> ادم <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> تغییرات مو و پوست <input type="checkbox"/>			
(۴) نحوه تغذیه طبق دستور پزشک: <input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه وریدی <input type="checkbox"/> Nil per os <input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/> Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی <input type="checkbox"/> Enteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله			
(۵) داده های آزمایشگاهی موجود: <input type="checkbox"/> آزمایشات تکمیلی مورد نیاز:			
(۶) نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه: <input type="checkbox"/> سوء تغذیه ندرد <input type="checkbox"/> سوء تغذیه متوسط <input type="checkbox"/> سوء تغذیه شدید			
(۷) نحوه پیگیری تغذیه بیمار: <input type="checkbox"/> پیگیری بیمار توسط مشاور تغذیه <input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص تغذیه یا مشاور تغذیه دوره دیده <input type="checkbox"/>			
برنامه ریزی و مداخلات تغذیه ای			
(۱) نیازهای تغذیه ای: <input type="checkbox"/> پروتئین مورد نیاز روزانه: <input type="checkbox"/> حجم مایعات مورد نیاز روزانه: <input type="checkbox"/> مکمل تغذیه ای مورد نیاز:			
(۲) مداخله تغذیه ای و رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:			
آموزش های ارائه شده به بیمار/همراهان:			
(۱۰) تاریخ تکمیل فرم توسط مشاور تغذیه:		(۱۱) تاریخ رؤیت فرم (تکمیل شده) توسط پزشک معالج:	
مهر و امضاء مشاور تغذیه:		مهر و امضاء پزشک معالج:	

کارتکس ثبت غذایی و پیگیری روند تغذیه بیمار توسط مشاور تغذیه*

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ پذیرش: نام پزشک معالج:

نام و نام خانوادگی مشاور تغذیه:						تاریخ:
صبحانه	میان وعده صبح	ناهار	عصرانه	شام	میان وعده آخر شب	
نتیجه ارزیابی تغذیه ای بیمار:						

* به ازای هر روز بستری، ردیف مجزایی برای ثبت غذایی و پیگیری بیمار تکمیل می شود

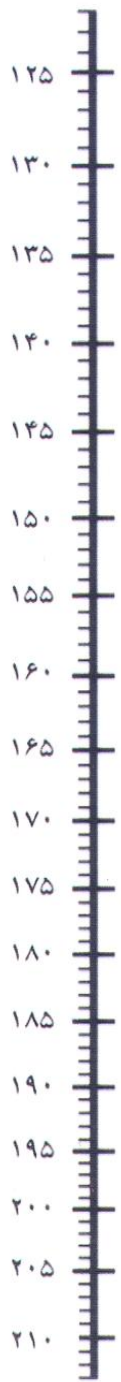
جدول پیگیری تغییرات روزانه شاخص های تغذیه ای بیمار توسط مشاور تغذیه

روز اول	روز دوم	روز سوم	روز چهارم	روز پنجم	روز ششم	روز هفتم	تاریخ ویزیت
.....	نام شاخص
							وزن
							محیط دور بازو (MAC)
							نحوه تغذیه (EN-TPN-PO-NPO)
							آزمایشات
							سایر موارد:
							مکمل توصیه شده
							Plan و رژیم غذایی پیشنهادی

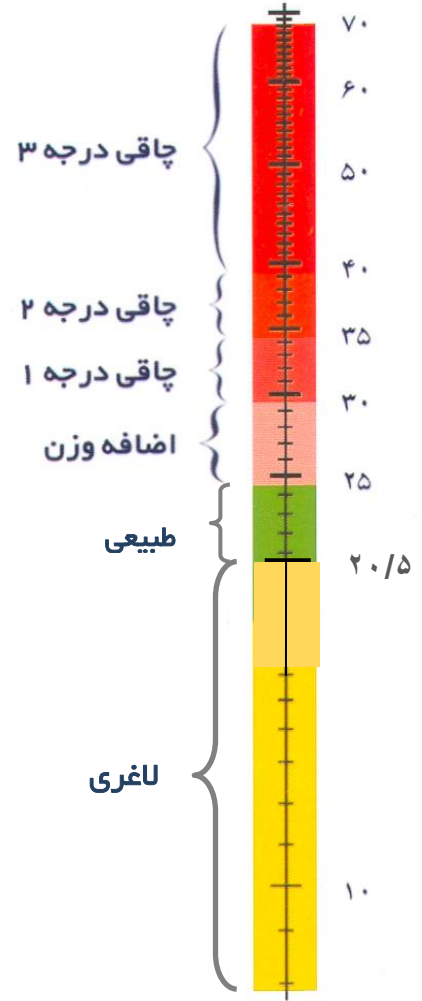
نومو گرام جهت تعیین نمایه توده بدنی بزرگسالان

قد (سانتیمتر)

وزن (کیلوگرم)

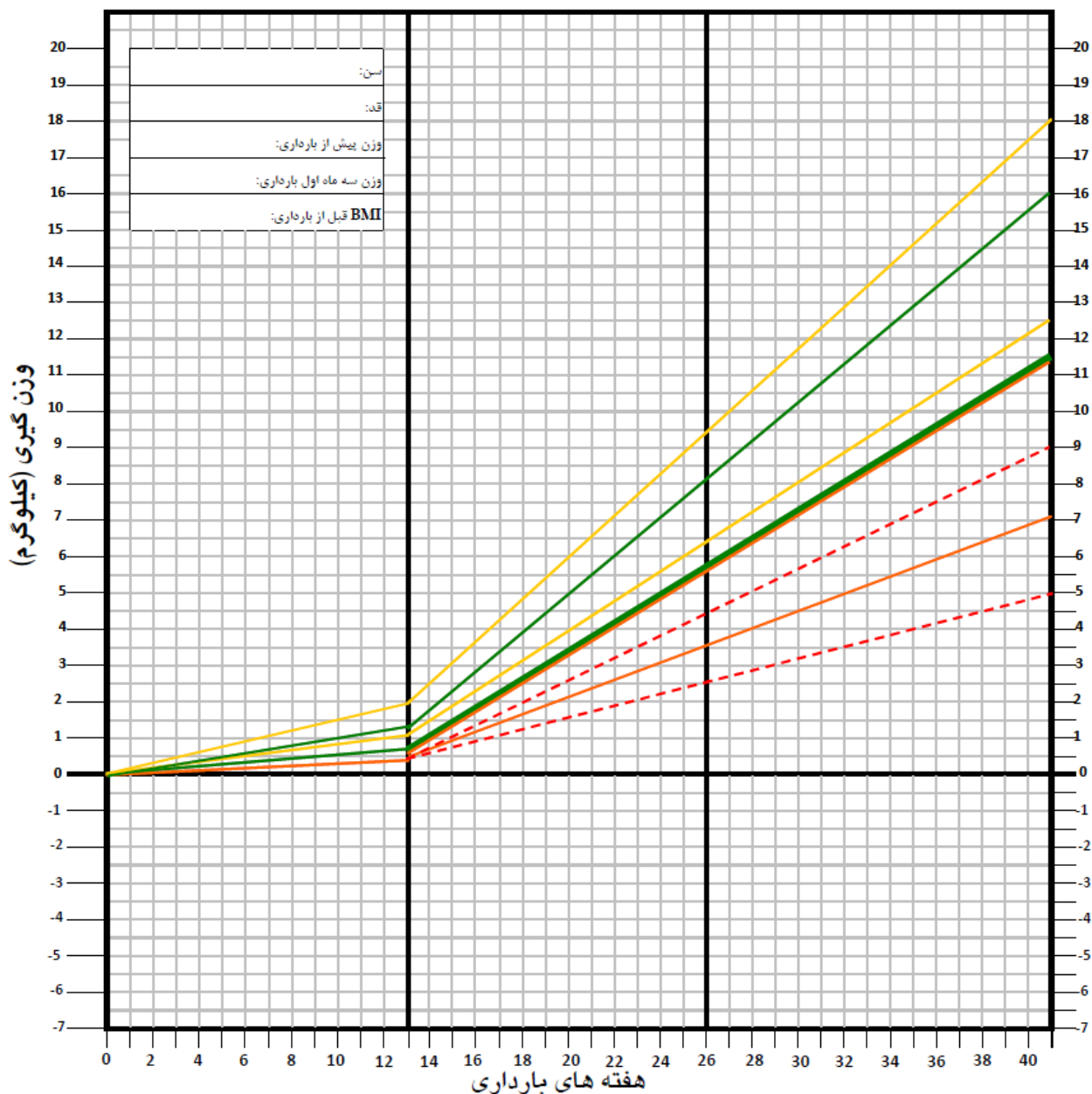


نمایه توده بدنی (BMI)



http://treatment.tbzmed.ac.ir/

جدول وزن گیری دوران بارداری



- محدوده زرد رنگ که در حد فاصل وزن گیری ۱۲/۵ تا ۱۸ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار **لاغر** با نمایه توده بدنی قبل از بارداری کمتر از ۱۸/۵ است.
- محدوده سبز رنگ که حد فاصل وزن گیری ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار **طبیعی** با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ است.
- محدوده نارنجی رنگ که حد فاصل وزن گیری ۷ تا ۱۱/۵ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار دارای **اضافه وزن** با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۵ تا ۲۹/۹ است.
- محدوده قرمز رنگ که حد فاصل دو خط چین وزن گیری ۵ تا ۹ کیلوگرم قرار گرفته، محدوده وزن گیری توصیه شده برای خانم باردار **چاق** با نمایه توده بدنی قبل از بارداری بیشتر یا مساوی ۳۰ است.

