وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: **دانشگاه علوم پزشكي: قزوين**

Medical Center: **مركز آموزشي درماني/بيمارستان:**

فرم ارزيابي تخصصي و مراقبت تغذيه اي بزرگسالان

Adults' Professional Nutritional Assessment & care Form

شماره پرونده: Unit No :	كد ملي: ID Number

نام خانوادگي: Family Name	نام: Name:	بخش: Ward اتاق: Room تخت: Bed	پزشك معالج: Attending Physician:
نام پدر: Father Name	تاريخ تولد: (روز/ماه/سال) Date of Birth	جنس: Sex مرد: Male ☐ زن: Female ☐	تاريخ پذيرش : Date Of Admission:

تشخيص بيماري بر اساس نظر پزشك معالج: Dx.	بيماري هاي زمينه اي: Underlying Dis.
وضعيت بارداري/شيردهي: Current status of Pregnancy/Lactation **باردار** Pregnant ☐ هفته بارداري: چند قلويي: وزن قبل از بارداري: **شيرده** Nursing ☐ **هيچكدام** None ☐	حساسيت غذايي يا دارويي Food or Drug Allergy:

نحوه تغذيه تعيين شده توسط پزشك:

تغذيه دهاني Oral Nutrition ☐ منع تغذيه با دهان Nil Per Os ☐

تغذيه وريدي Parenteral Nutrition ☐ تغذيه با لوله Tube Feeding ☐

وزن فعلي (كيلوگرم): Current Body Weight (Kg)	قد (سانتيمتر): Height (Cm)	نمايه توده بدني (كيلوگرم/مترمربع): BMI (kg/m2)
وزن ايده آل (تعديل شده): (Adjusted) IBW (Kg)	تغيير وزن اخير: (بلي/خير) Recent Weight Change (Y/N) مقدار افزايش / كاهش(كيلوگرم) : مدت زمان تغييرات وزن اخير: Weight Variation Duration (W/M)	

نتيجه ارزيابي شدت سوء تغذيه: Malnutrition Grade:

سوءتغذيه خفيف Mild Malnutrition ☐ سوء تغذيه متوسط Moderate Malnutrition ☐ سوء تغذيه شديد Severe Malnutrition ☐

مشكلات گوارشي و غذايي طي هفته اخير : Gastrointestinal/Digestive Disorders

تهوع Nausea ☐ استفراغ Vomiting ☐ اسهال Diarrhea ☐ ريفلاكس Reflux ☐

كاهش مصرف يا بي اشتهايي طي هفته گذشته Anorexia ☐ يبوست Constipation ☐

اختلال در جويدن غذا (مشكلات دهاني يا دنداني) Chewing Problems ☐ اختلال در بلع غذا Dysphagia / Swallowing Problems ☐

ختلال در عبور غذا از مري به معده Cardiac Stenosis ☐

Clinical Status

وضعيت باليني:

Muscle loss ☐ تحليل عضلاني مشهود

Fat loss ☐ كاهش چين پوستي مشهود

Edema ☐ ادم

Ascites ☐ آسيت

The Laboratory Test Needed

آزمايش هاي مورد نياز براي تنظيم رژيم/ پيگيري

Food and Drug Interactions

تداخلات غذايي با داروهاي مصرفي بيمار:

Nutritional Needs

نيازهاي تغذيه اي:

انرژي مورد نياز (Energy: Kcal/d) :

پروتئين مورد نياز(Protein: g /d) : ساير

مواد مغذي مورد نياز:

Recommended diet & supplements

دستور تغذيه و رژيم درماني: نوع رژيم غذايي، توصيه ها و مكمل هاي تغذيه اي

Dietitians' Name /Signature/Stamp نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء رژيم درمان:

Date of Form Filling تاريخ تكميل فرم:

Physician s' Name/signature/stamp نام ونام خانوادگي، مهر و امضاء پزشك معالج

Date of Form Approving تاريخ رؤيت فرم تكميل شده:

***کدهای خدمت (در اولین نوبت –ارزیابی):**

901757 + 901710

در صورت حمایت تغذیه دهانی: 901757 + 901735

حمایت تغذیه وریدی: 901757 + 901730

حمایت تغذیه روده ای: 901757 + 901725

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: **دانشگاه علوم پزشكي: قزوين**

Medical Center **مركز آموزشي درماني/بيمارستان:**

فرم پيگيري وضعيت تغذيه

Nutritional Status Fallow up Form

شماره پرونده: Unit No :	كد ملي: ID Number

نام خانوادگي: Family Name	نام: Name:	بخش: Ward اتاق: Room تخت: Bed	پزشك معالج: Attending Physician:
نام پدر: Father Name	تاريخ تولد: Date of Birth (روز/ماه/سال	جنس: Sex مرد: Male ☐ زن: Female ☐	تاريخ پذيرش : Date Of Admission:

فراسنج Parameter / نوبت پيگيري (Date of follow-up)	وزن *Weight* (Kg)	نتيجه آزمايشات مورد نياز *Laboratory test results*	تبعيت از رژيم *compliance*	نحوه تغذيه *Intake Route* (*EN-TPN-PO-NPO*)	شدت سوء تغذيه *Malnutrition* (خفيف / متوسط / شديد)	وضعيت اشتها *Appetite Status* (ضعيف/ متوسط/ خوب)	رژيم غذايي پيشنهادي *Recommended diet*	كد خدمت* *RVU*	مهر و امضا رژيم درمان *Dietitians' signature and stamp*
نوبت اول First Follow-up تاريخ:									
نوبت دوم Second Follow-up تاريخ:									
نوبت سوم Third Follow-up تاريخ:									

آيا بيمار پس از ترخيص نياز به ادامه رعايت رژيم غذايي تنظيم شده در بيمارستان دارد؟ بلي ☐ خير ☐

آيا آموزش هاي لازم به بيمار براي رعايت رژيم غذايي در زمان ترخيص داده شده است؟ بلي ☐ خير ☐

*** کدهای خدمت در هر جلسه از پیگیری:**

901745 + 901757

در صورت حمایت تغذیه دهانی: 901735 + 901757 **حمایت تغذیه وریدی:** 901730 + 901757 **حمایت تغذیه روده ای:** 901725 + 901757