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:**

شماره پرونده: Unit No

كد ملی: ID Number

فرم ارزيابي تخصصي و مراقبت تغذيه اي كودكان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

نام خانوادگی: Family Name	نام: Name	بخش: ward اتاق: Room تخت: Bed	پزشک معالج: Attending Physician
نام پدر Father Name	تاريخ تولد: Date of birth	جنس: Sex دختر ☐ Female پسر ☐ Male	تاريخ پذيرش : Date of Admission
تشخيص بيماري بر اساس نظر پزشک معالج: Dx.		بيماري هاي زمينه اي: Underlying Dis.	

سابقه حساسيت غذايی يا دارويی: Food and Drug Allergy

خير ☐ No بلی ☐ Yes نوع حساسيت:

نحوه تغذيه بنا بر توصيه پزشک معالج : Nutrition according to physician's recommendation

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

تغذيه وريدي ☐ Parenteral Nutrition تغذيه با لوله Tube Feeding ☐

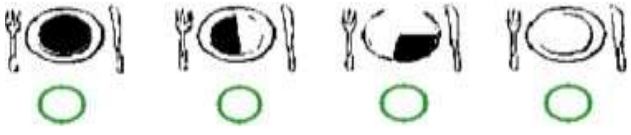
مكمل هاي مورد استفاده: Recent supplement Intake History

نوع تغذيه: Type of Nutrition

☐شيرمادر ☐شيرمصنوعی نوع شير مصنوعی ..... ☐غذاي كمكی ☐غذاي خانواده ☐شير دام نوع شير دام.....

وزن هنگام پذيرش: Weight at admission .....كيلو و .....گرم	وزن هنگام تولد (براي كودكان زير 5 سال) : Birth weight ..... كيلو و .....گرم
قد هنگام پذيرش (سانتيمتر): Height /Length at admission	Z score قد براي سن: Length/Height for age Z score
Z score وزن براي قد (براي سنين كمتر از 5 سال): Weigh for Heigh Z score	Z score نمايه توده بدنی براي سن (براي سنين 18-5 سال): BMI for age Z score

اشتهاي بيمار (نسبت به شير يا غذا) بنا به اظهارات مادر يا بيمار:



خوب ☐ Well

متوسط ☐ Moderate

ضعيف ☐ Weak

مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر: Gastrointestinal/Digestive Disorders

کاهش وزن ناشی از بیماري ☐ weight loss

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

کاهش مصرف یا بی اشتهایی طی هفته گذشته ☐ Anorexia یبوست ☐ Constipation

اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندانی) ☐ Chewing Problems اختلال در بلع غذا ☐ Dysphagia / Swallowing Problems

اختلال در عبور غذا از مري به معده ☐ Cardiac Stenosis

آزمایشات لازم براي تنظیم رژیم/ پیگیري: The Laboratory Test Needed:

تداخلات غذایی با داروهاي مصرفی بیمار: Food and Drug Interactions

نیاز هاي تغذیه اي: Nutrition Requirments:

انرژي مورد نیاز (Energy: Kcal/d):

پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d): سایر مواد

مغذي مورد نیاز:

تشخیص تغذیه اي، نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل هاي تغذیه اي Nutritional diagnosis, recommended diet & supplements

نام ونام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان:

Dietitians' Name /Signature/Stamp

تاریخ تکمیل فرم: Date of Form Filling

نام ونام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج

Physician s' Name/signature/stamp

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده: Date of Form Approving

***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	پزشک معالج Attending Physician
نام پدر: Father Name	تاريخ تولد: Date of Birth (روز/ماه/سال)	جنس: Sex پسر: Male ☐ دختر: Female ☐	تاريخ پذيرش Date Of Admission

فراسنج Parameter / نوبت پيگيري (Date of follow-up)	وزن *Weight* (Kg)	نتيجه آزمايشات مورد نياز *Laboratory test results*	نحوه تغذيه *Intake Route* (*EN-TPN-PO-NPO*)	تبعيت از رژيم *Compliance* (+/-)	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:								

زمان ترخيص

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

آيا در زمان ترخيص آموزش هاي لازم به همراه كودک يا نوجوان براي رعايت رژيم غذايي داده شده است؟ بلي ☐ خير ☐

آيا z score وزن براي سن بيمار هنگام ترخيص نرمال است؟ بلي ☐ خير ☐ z score: ----------

آيا z score نمايه توده بدني براي سن بيمار هنگام ترخيص نرمال است؟ بلي ☐ خير ☐ z score: ----------

آيا كودک نياز به پيگيري روند وزن گيري و تغذيه با ارجاع به كلينيک تغذيه دارد؟ بلي ☐ خير ☐

*** كدهاى خدمت در هر جلسه از پيگيرى:**

901745 + 901757

در صورت حمايت تغذيه دهانى: 901735 + 901757 **حمايت تغذيه وريدى: 901730 + 901757** **حمايت تغذيه روده اى: 901725 + 901757**