

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز آموزشی درمانی/درمانی: Medical Center:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان

Adults' Professional Nutritional Assessment & care Form

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No :

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward	بخش:	Name:	نام:	Family Name	نام خانوادگی:
		Room	اتاق:				
		Bed	تخت:				
Date Of Admission:	تاریخ پذیرش:	Sex	جنس:	Date of Birth	تاریخ تولد:	Father Name	نام پدر:
		Female ☐ زن	Male ☐ مرد	(روز/ماه/سال)			
Underlying Dis.	بیماری های زمینه ای:	Dx.	تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:				
Food or Drug Allergy:	حساسیت غذایی یا دارویی	Current status of Pregnancy/Lactation	وضعیت بارداری/شیردهی:				
			باردار ☐ Pregnant				
			شیرده ☐ Nursing				
			هیچکدام ☐ None				
		Nil Per Os ☐	منع تغذیه با دهان	Oral Nutrition ☐		نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک:	
		Tube Feeding ☐	تغذیه با لوله	Parenteral Nutrition ☐		تغذیه وریدی	
BMI (kg/m2)	نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع):	Height (Cm)	قد (سانتیمتر):	Current Body Weight (Kg)			
				وزن فعلی (کیلوگرم):			
Recent Weight Change (Y/N)		تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):		(Adjusted) IBW (Kg)			
		مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):		وزن ایده آل (تعدیل شده):			
Weight Variation Duration (W/M)		مدت زمان تغییرات وزن اخیر:					
Malnutrition Grade:		نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:					
		Severe Malnutrition ☐ سوء تغذیه شدید Moderate Malnutrition ☐ سوء تغذیه متوسط Mild Malnutrition ☐ سوء تغذیه خفیف					
Gastrointestinal/Digestive Disorders		مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر:					
Reflux ☐ ریفلاکس		Diarrhea ☐ اسهال		Vomiting ☐ استفراغ		Nausea ☐ تهوع	
		Constipation ☐ یبوست		Anorexia ☐ کاهش مصرف یا بی اشتها		کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته	
Dysphagia / Swallowing Problems ☐		اختلال در بلع غذا		Chewing Problems ☐		اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندانی)	
				Achalasia ☐		اختلال در عبور غذا از مری به معده	

Clinical Status		وضعیت بالینی:
Fat loss ☐ کاهش چربی پوستی مشهود	Muscle loss ☐ تحلیل عضلانی مشهود	
Ascites ☐ آسیت	Edema ☐ ادم	
The Laboratory Test Needed		آزمایش های مورد نیاز برای تنظیم رژیم / پیگیری
Food and Drug Interactions		تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:
Nutritional Needs		نیازهای تغذیه ای: انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d): پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d): سایر مواد مغذی مورد نیاز:
Recommended diet & supplements		دستور تغذیه و رژیم درمانی: نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای
Physician s' Name/signature/stamp نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج	Dietitians' Name /Signature/Stamp نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان:	
Date of Form Approving تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:	Date of Form Filling تاریخ تکمیل فرم:	
*کدهای خدمت (در اولین نوبت -ارزیابی): <u>۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰</u> در صورت حمایت تغذیه دهانی: <u>۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵</u> حمایت تغذیه وریدی: <u>۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰</u> حمایت تغذیه روده ای: <u>۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵</u>		

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

فرم پیگیری وضعیت تغذیه

Nutritional Status Follow up Form

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No :

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

مهر و امضا رژیم درمان	کد خدمت RVU	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	وضعیت اشتها Appetite Status (ضعیف / متوسط / خوب)	شدت سوء تغذیه Malnutrition (خفیف / متوسط / شدید)	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	تبعیت از رژیم compliance	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	وزن Weight (Kg)	فراسنج Parameter نوبت پیگیری (Date of follow-up)
									نوبت اول First Follow-up تاریخ:
									نوبت دوم Second Follow-up تاریخ:
									نوبت سوم Third Follow-up تاریخ:

☐ خیر☐ بلی

آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟

☐ خیر☐ بلی

آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟

* کدهای خدمت در هر جلسه از پیگیری:

۹۰۱۷۴۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۲۵ + ۹۰۱۷۵۷

حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۳۰ + ۹۰۱۷۵۷

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۳۵ + ۹۰۱۷۵۷