

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center

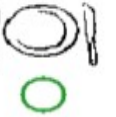
مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

کد ملی: ID Number

شماره پرونده: Unit No

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

Attending Physician پزشک معالج:	ward بخش:	Name نام:	Family Name نام خانوادگی:
Date of Admission تاریخ پذیرش:	Room اتاق:	Date of birth تاریخ تولد:	Father Name نام پدر:
	Bed تخت:	Sex جنس:	
	Female ☐ دختر		
	Male ☐ پسر		
Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:	Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:		
Food and Drug Allergy سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:			
Yes ☐ No ☐ بله خیر نوع حساسیت:			
Nutrition according to physician's recommendation نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج:			
Nil Per Os ☐ منع تغذیه با دهان Oral Nutrition ☐ تغذیه دهانی			
Tube Feeding ☐ تغذیه با لوله Parenteral Nutrition ☐ تغذیه وریدی			
Recent supplement Intake History مکمل های مورد استفاده:			
Type of Nutrition نوع تغذیه:			
شیر مادر ☐ شیر مصنوعی ☐ شیر مصنوعی غذای کمکی ☐ غذای خانواده ☐ شیر دام ☐ نوع شیر دام.....			
Birth weight وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۵ سال): کیلو و گرم	Weight at admission وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم		
Length/Height for age Z score Z score قد برای سن:	Height /Length at admission قد هنگام پذیرش (سانتیمتر):		
BMI for age Z score Z score نمایه توده بدنی برای سن (برای سنین ۵-۱۸ سال):	Weigh for Heigh Z score Z score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال):		
   			
Well ☐ خوب Moderate ☐ متوسط Weak ☐ ضعیف			
۹۷/۵ - G5 - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید V1 - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود			

Gastrointestinal/Digestive Disorders مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر: کاهش وزن ناشی از بیماری ☐ weight loss تهوع ☐ Nausea استفراغ ☐ Vomiting اسهال ☐ Diarrhea یبوست ☐ Constipation کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته ☐ Anorexia اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندان) ☐ Chewing Problems اختلال در عبور غذا از مری به معده ☐ Achalasia اختلال در بلع غذا ☐ Dysphagia / Swallowing Problems ریفلاکس ☐ Reflux	
The Laboratory Test Needed: آزمایشات لازم برای تنظیم رژیم / پیگیری:	
Food and Drug Interactions تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:	
Nutrition Requirments: نیاز های تغذیه ای: انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d): پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d): سایر مواد مغذی مورد نیاز:	
Nutritional diagnosis, recommended diet & supplements تشخیص تغذیه ای، نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای	
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج Physician s' Name/signature/stamp	نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان: Dietitians' Name /Signature/Stamp
Date of Form Approving تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:	Date of Form Filling تاریخ تکمیل فرم:
*کدهای خدمت (در اولین نوبت -ارزیابی): ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰ در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵ حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰ حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵	

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 :

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

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

زمان ترخیص	آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی
	آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
	آیا Z score وزن برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ Z score: ----- ☐ خیر ☐ بلی
	آیا Z score نمایه بدنی برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ Z score: ----- ☐ خیر ☐ بلی
	آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

* 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