



دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

تغذیه درمانی و مشاوره تغذیه

در بیماران بستری مبتلا به دیانس

زمستان ۱۳۹۸

تنظیم و تدوین:

دکتر بهشته النگ دکترای تخصصی تغذیه ، پزشک متخصص اطفال عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر شیما جزایری پزشک متخصص تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمدجواد حسین زاده پزشک متخصص تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسین خادم حقیقیان دکترای تخصصی تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دکتر مهدی شادنوش پزشک متخصص تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر بهنام شریعتی پزشک متخصص اعصاب و روان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمد صفریان پزشک متخصص تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر مهشید فروغان پزشک متخصص اعصاب و روان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر غلامرضا محمدی فارسانی پزشک متخصص تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر جلال الدین میرزای رزاز پزشک متخصص تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمدرضا وفا دکترای تخصصی تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر لیلا کمال زاده پزشک متخصص اعصاب و روان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر محمد محمودی پزشک متخصص طب سالمندان، کارشناس گروه درمان بیماری های غیر واگیر مرکز مدیریت پیوند و

درمان بیماریها

دکتر جمشید کرمانچی پزشک، دکترای تخصصی مدیریت بیمارستانی، معاون مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها

دکتر پریسا ترابی پزشک ، معاون دفتر بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت

دکتر نسرین بیات پزشک، رئیس گروه درمان بیماری های غیر واگیر مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها

شیرین میر آخورلو کارشناس گروه درمان بیماری های غیر واگیر مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها

با تشکر از دکتر سید کاظم ملکوتی پزشک متخصص اعصاب و روان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مشاور: دکتر مریم خیری متخصص پزشکی اجتماعی

تحت نظارت فنی:

مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر عبدالخالق کشاورزی ، فرانک ندرخانی، دکتر مریم خیری

مقدمه:

دمانس، سندروم بالینی است که با تخریب پیش رونده عملکردهای شناختی شامل کاهش حافظه و اختلال در حداقل یکی دیگر از حیطه های شناختی مانند زبان و عملکرد اجرایی مشخص می شود. در سراسر دنیا بیش از ۵۰ میلیون نفر مبتلا به دمانس هستند و هر سال نزدیک ۱۰ میلیون مورد جدید شناسایی می شود. دمانس یکی از علل مهم ناتوانی و وابستگی در سالمندان می باشد (۱). بیماران مبتلا به دمانس از مراحل اولیه بیماری، در معرض خطر کاهش وزن هستند و با پیشرفت بیماری شیوع مشکلات تغذیه ای افزایش یافته و باعث تسریع روند کاهش قوای فیزیکی و شناختی و افزایش مرگ و میر می گردد. همچنین برخی کمبودهای تغذیه ای در سبب شناسی این بیماری نقش دارند که بدیهی است شناسایی و کنترل آنها میتواند در مدیریت بیماری نقش داشته باشد (۲). استاندارد حاضر با هدف غربالگری، تشخیص و مدیریت مشکلات تغذیه ای در بیماران بستری مبتلا به دمانس جهت استفاده کارشناسان تغذیه نگارش شده است.

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

مشاوره و تدبیر تغذیه ای برای بیماران بستری شامل گرفتن شرح حال و بررسی تاریخچه سلامت (ثبت اطلاعات فردی، سوابق بیماری ها، سوابق مصرف داروها، شیوه زندگی و آلرژی ها و عدم تحمل غذایی) درخواست، بررسی و ثبت علائم بالینی مرتبط با تغذیه، بررسی و تفسیر نتایج آزمایشگاهی و بررسی پرسشنامه تغذیه (ثبت عادات غذایی) و انجام مداخلات و توصیه های تغذیه ای هر دوره بستری. کد ملی بیماری ۹۰۱۷۱۰

استاندارد حاضر در خصوص تغذیه درمانی و مشاوره تغذیه در بیماران بستری مبتلا به دمانس می باشد.

Nutrition and Diet Therapy in hospitalized patients with dementia

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

این خدمت به منظور غربالگری، تشخیص و مدیریت مشکلات تغذیه ای در بیماران بستری مبتلا به دمانس انجام می شود.

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

ابتدا لازم است فرم ارزیابی وضعیت تغذیه ای بر اساس "فرم اولیه ارزیابی پرستار از بیمار" توسط پرستار تکمیل گردد (۳). در صورت پاسخ مثبت به هریک از سوالات فرم غربالگری اولیه تکمیل شده توسط پرستار (پیوست ۵)، با اطلاع رسانی پرستار به پزشک معالج، بیمار به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

ارزیابی کامل تغذیه به شرح زیر انجام شود و در فرم "ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان" (۳) مستندسازی انجام شود (۹-۴):

- شرح حال (از مراقب مطلع بیمار پرسش شود) :

○ ارزیابی دریافت غذا با استفاده از پرسشنامه یاد آمد ۲۴ ساعت خوراک و پرسش در مورد دریافت گروههای غذایی و منابع

اسیدهای چرب امگا-۳ و Plate Rating (پیوست ۱)

○ بررسی دریافت مکملها

○ بررسی میزات تغییرات وزن

○ ارزیابی مشکلات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ، اسهال، رفلاکس، یبوست، بی اشتهایی، اختلال بلع، مشکلات دهانی)

○ ارزیابی رفتار غذاخوردن با استفاده از پرسشنامه ادینبرگ (پیوست ۲) و غربالگری علائم دیس فازی (احساس خفگی، سرفه،

خشونت صدا، تاخیر در بلع، آبریزش از دهان)

○ Intake/Output (میزان دریافت مواد غذایی و مایعات / میزان دفع مدفوع وادرار)

○ بررسی سایر دستگاههای بدن

- اندازه گیریهای تن سنجی

○ قد و وزن و محاسبه BMI (Body Mass Index) زیرنویس شود:

اندازه گیری دور ساق، محیط دور بازو و در صورت امکان چربی زیر جلدی، توده عضلانی، ادم، قدرت و عملکرد عضلانی

- آزمایشات بیوشیمیایی

آزمایشات زیر بر اساس نتایج موجود در پرونده بیمار : (در صورتیکه این آزمایشات قبلا برای بیمار انجام شده است، نیازی به ارزیابی مجدد نمی باشد).

CBC/diff , Na, K , BUN, Creatinine, FBS, ۲۵(OH) Vit D, Folic Acid,

○ اندازه گیری سطوح سرمی Vit. B۱۲ (در صورتی که بیمار در یک ماه گذشته تزریق نکرده باشد)

○ انجام سایر آزمایشات با توجه به علائم بالینی بیمار و برحسب نیاز و موجود نبودن در پرونده بیمار پیشنهاد می شود.

○ در صورتی که سوء تغذیه پروتئین انرژی Protein Energy Malnutrition (PEM) تشخیص داده شد (بر اساس پیوست

۳) اقدامات زیر انجام شود (۸-۹) و در فرم "ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان" مستندسازی انجام شود:

۱- تعیین انرژی مورد نیاز:

○ محاسبه:

- در صورتی که $BMI \leq 21$: $32-38 \text{ kcal/kg}$

- در صورتی که $BMI > 21$: $24-25 \text{ kcal/kg}$

○ در صورت وجود کالریمتری غیر مستقیم: با در نظر گرفتن میزان دریافت انرژی

$REE \times PAL$ (Resting Energy Expenditure $\times$ Physical activity level)

۲- تعیین پروتئین مورد نیاز:

○ محاسبه:

- در صورتی که $eGFR > 30$ (پیوست ۴) : $1.2-1.5 \text{ gr/kg}$

- در صورتی که $eGFR < 30$: 0.8 gr/kg

۳- چربی ۲۵-۳۵٪ انرژی مورد نیاز

۴- کربوهیدرات: ۴۵-۶۵٪ انرژی مورد نیاز

۵- مایعات: 1 ml/kcal یا 30 ml/kg در صورت عملکرد نرمال و در صورتیکه بیمار قادر به دریافت دهانی است :

- دریافت مکمل های تغذیه ای خوراکی (فرمولاهای کامل مانند انترامیل، میلانتک، انشور، گلو سرنا و ...) حداقل 400 کیلوکالری

در روز علاوه بر دریافت های موجود، حاوی حداقل 20 گرم پروتئین با دانسیته 1.5 kcal/cc

- در صورتی که بیمار قادر به دریافت دهانی به میزان کافی نیست، به استاندارد تغذیه انترال و پرانتال مراجعه شود.

۶- دریافت مکمل مولتی ویتامین مینرال که حاوی ریز مغذیها به اندازه RDA (Dietary Allowance Recommended) باشد.

۷- دریافت مکمل اسیدهای چرب امگا-۳ در صورتی که دریافت غذایی آن پایین است. (به میزان $200-500$ میلی گرم EPA در روز)

و با توجه به داروهای مصرفی بیمار

۸- محاسبه اسمولالیت سرم و توجه به دریافت مایعات

$$\text{Serum Osmolality} = (2 \times (\text{Na} + \text{K})) + (\text{BUN} / 2.8) + (\text{glucose} / 18)$$

- در صورتی که در نتایج آزمایشات کوبالامین و اسید فولیک غیر طبیعی باشد اقدامات زیر انجام شود (۱۰) و در فرم "ارزیابی

تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان" (۳) مستندسازی انجام شود:

۱- در صورتی که $\text{Serum B}_{12} < 200 \text{ pgr/mL}$

- روزانه یک عدد قرص ویتامین B_{12} حاوی 1000 میکروگرم تا یک ماه تجویز شود و آزمایش مجدد انجام شود و سپس

براساس اتیولوژی کمبود، اقدامات بعدی انجام شود. یا

- هفته ای یک عدد آمپول ویتامین B_{12} حاوی 1000 میکروگرم تا چهار هفته تجویز شود و سپس براساس اتیولوژی کمبود،

اقدامات بعدی انجام شود.

۲- در صورتی که $\text{Serum Folate} < 2 \text{ ng/mL}$

- روزانه یک عدد قرص اسید فولیک حاوی 1000 میکروگرم یک ماه تجویز شود و آزمایش مجدد انجام شود و سپس براساس

اتیولوژی کمبود اقدامات بعدی انجام شود.

- در صورت وجود مشکل در بلع، تغییر در رژیم غذایی و پیشنهاد برای ارجاع به گفتار درمانگر داده شود. (به استاندارد دیسفاژی

رجوع شود)

- در صورت وجود مشکل رفتاری در غذا خوردن (پیوست ۲)، با توجه به علت، مداخله لازم انجام شود و آموزش لازم به

مراقب بیمار داده شود. (پیوست ۵)

• ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

ارزیابی دریافت غذایی و مکملها، اندازه گیریهای انتروپومتریک و آزمایشات بیوشیمیایی (در صورت لزوم) انجام شود و در فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار بزرگسال ثبت شود.

• کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

ممکن است سندروم Refeeding در افراد با سوء تغذیه شدید ایجاد شود (به مبحث سندروم Refeeding در استاندارد تغذیه انترال و پرانترال مراجعه شود). برای پیشگیری و کنترل موارد زیر انجام شود (۱۱):

- افزایش تدریجی انرژی دریافتی
- دریافت تیامین ۲۰۰-۳۰۰ میلی گرم در ابتدا و سایر گروههای ویتامین B و املاح
- اندازه گیری K, Mg, P, Ca و قند خون

د) تواتر ارائه خدمت

د-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

تعداد دفعات بسته به وضعیت بیمار، درخواست پزشک و یا تغییر شرایط بالینی بیمار تعیین می شود.

د-۲) فواصل انجام

- ویزیت اول در ابتدا و سپس در بخش مراقبتهای ویژه هر ۳ تا ۵ روز و در سایر بخشها بصورت هفتگی
- فواصل ممکن است بسته به درخواست پزشک و یا تغییر شرایط بالینی بیمار افزایش یابد.

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

کلیه پزشکان

و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

- کارشناس تغذیه
- کارشناسی ارشد تغذیه یا دکترای تخصصی تغذیه دارای شماره نظام تغذیه
- MD, PhD تغذیه

ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	پزشک متخصص	یک نفر	تخصص	--	ارجاع بیمار و تجویز مشاوره
۲	پرستار	یک نفر	لیسانس	--	انجام ارزیابی اولیه، پیگیری مشاوره و اجرای دستورات

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

بخشهای بستری بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت.

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

ردیف	عنوان تجهیزات	کاربرد در فرایند ارائه خدمت	متوسط عمر مفید تجهیزات	تعداد خدمات قابل ارائه در واحد زمان	متوسط زمان کاربری به ازای هر خدمت	امکان استفاده همزمان جهت ارائه خدمات مشابه و یا سایر خدمات
۱	ترازو	سنجش وزن و محاسبه نمایه توده بدنی	حدود ۵ سال	۱	۶۰ ثانیه	خیر
۲	قد سنج	سنجش قد	حدود ۱۰ سال	۱	۶۰ ثانیه	بلی
۳	دینامومتر دست	سنجش قدرت عضله دست	حدود ۵ سال	۱	۱۰ دقیقه	خیر

ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	ONS (مکملهای تغذیه ای خوراکی)	برحسب شرایط بیمار
۲	مکمل ویتامین و مواد معدنی	برحسب شرایط بیمار
۳	محلولها/پودرهای استاندارد گاوآذ یا پرانتال	برحسب شرایط بیمار
۴	فرم های ارزیابی و پیگیری تغذیه	با توجه به تعداد ویزیت و مشاوره انجام شده

ک) استانداردهای ثبت:

- فرم اولیه ارزیابی پرستار از بیمار
- فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان
- فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار

- برگ درخواست مشاوره از واحد تغذیه
- پیگیری هفتگی
- پیگیری بعد از ترخیص
- آموزش

ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

بر اساس نظر پزشک معالج و بر اساس فرم اولیه ارزیابی پرستار از بیمار، برای موارد دارای اندیکاسیون (در صورت پاسخ مثبت به هریک از سوالات فرم غربالگری اولیه تکمیل شده توسط پرستار)، ارزیابی و حمایت های تغذیه ای صورت خواهد گرفت.

م) شواهد علمی در خصوص کنتر اندیکاسیون های دقیق خدمت:

در انجام حمایت های تغذیه ای در بیماران بستری مبتلا به دمانس کنترا اندیکاسیونی وجود ندارد. در موارد بستری که فرد مبتلا یا قیم او پیشنهاد حمایت تغذیه ای ویژه را نپذیرد ویزیت انجام نمی شود (۱۳).

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	تغذیه	کارشناسی، کارشناسی ارشد دارای شماره نظام تغذیه، دکترای تخصصی تغذیه، MD PhD تغذیه	۲۰-۳۰ دقیقه بار اول ۱۰-۱۵ دقیقه دفعات بعد	ارزیابی وضعیت- تغذیه ای و مداخله تغذیه

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

بر حسب شرایط بیمار و نیاز به نوع حمایت تغذیه ای مورد نیاز (دهانی، روده ای و فرا روده ای)، مدت اقامت جهت ارائه این خدمت متغیر بوده و ارزیابی اولیه تغذیه ای و پیگیری ها تعیین کننده می باشد.

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

آموزش تغذیه به بیمار و مراقب بیمار جهت اصلاح عادات و غذایی، دریافت کافی منابع مواد مغذی، دریافت مکمل و دارو در صورت نیاز، اهمیت پیگیری و ارزیابی حمایت های تغذیه ای بصورت منظم بخصوص در مواردی که رفتار تغذیه ای دچار اشکال بوده و یا دیسفاژی و کمبود دریافت مایعات وجود دارد (پیوست ۵)

منابع:

- ۱- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, ۲۰۱۹.
 - ۲- Nutrition and Dementia: a review of available research. Alzheimer's Disease international, ۲۰۱۴
 - ۳- فرمها و دستورالعملهای ارزیابی و پیگیری تغذیه ای بیماران بستری در بیمارستان، گروه تغذیه بالینی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، ۱۳۹۷
 - ۴- The American psychiatric association practice guideline for the psychiatric evaluation of adults, ۲۰۱۶
 - ۵- Nutrition diagnosis-related care ۲۰۱۵
 - ۶- Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, ۷ th edition , ۲۰۱۷
 - ۷- Krause's Food & the Nutrition Care Process, ۲۰۱۵
 - ۸- ESPEN guideline on nutrition in dementia, ۲۰۱۵
 - ۹- ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. ۲۰۱۸
 - ۱۰- Uptodate, B۱۲ and folate deficiency, ۲۰۱۸.
 - ۱۱- Refeedingsyndrome: what it is, and how to prevent and treat it, clinical review, ۲۰۰۸.
 - ۱۲- Nutrition Support for Adults: Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition. NICE Clinical Guidelines, No. ۳۲
 - ۱۳- ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration, Clinical Nutrition xxx (۲۰۱۶) ۱-۱۲
- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

پرسشنامه یاد آمد ۲۴ ساعت خوراک

نام وعده	نام غذا	اجزاء تشکیل دهنده غذا	مقدار مصرف فرد	مقیاس اجزای کل غذا	کد	گرم
صبحانه						
میان وعده صبح						
ناهار						
میان وعده عصر						
شام						
قبل از خواب						

گروه لبنیات:

گروه میوه:

گروه سبزی:

گروه غلات:

گروه گوشت و مواد پروتئینی:

گروه چربیها:

گروه قندهای ساده:

پرسشنامه رفتار غذا خوردن ادينبرگ

- ۱- آیا بیمار در موقع غذا خوردن نیاز به نظارت نزدیک دارد؟
- ۲- آیا بیمار در موقع غذا خوردن نیاز به کمک فیزیکی دارد؟
- ۳- آیا در موقع غذا خوردن، غذا از دهان بیمار به بیرون می ریزد؟
- ۴- آیا بیمار تمایل دارد که در انتهای غذا مقداری از غذا را در بشقاب باقی بگذارد؟
- ۵- آیا بیمار هرگز از غذا خوردن سر باز زده است؟
- ۶- آیا بیمار در موقعی که غذا به او داده می شود سر خود را بر می گرداند؟
- ۷- آیا بیمار از باز کردن دهان خود امتناع می کند؟
- ۸- آیا بیمار غذای خود را از دهان به بیرون پرتاب می کند؟
- ۹- آیا بیمار دهان خود را آنقدر باز نگه می دارد تا غذا بیرون بریزد؟
- ۱۰- آیا بیمار از بلع و قورت دادن غذا سر باز می زند؟

پیوست ۳

معیار تشخیص سوء تغذیه

حد اقل یکی از سه مورد زیر:

۱- کاهش وزن ناخواسته :

- بیش از ۵٪ در ۶ ماه گذشته ، بیش از ۱۰٪ در هر زمانی

۲- BMI پایین:

- کمتر از ۱۸/۵ (در صورتی که سن کمتر از ۷۰ سال است).

- (کمتر از ۲۰) (در صورتی که سن بیشتر از ۷۰ سال است).

۳- توده عضلانی کاهش یافته (تحلیل عضلانی) :

- دور ساق پا: کمتر از ۳۱ سانتی متر

- دور بازو: کمتر از ۲۲ سانتی متر

همچنین

حداقل یکی از دو مورد زیر:

۱- دریافت غذای کم یا بیماری گوارشی موثر بر هضم یا جذب:

- دریافت غذایی مساوی یا کمتر از ۵۰٪ میزان مورد نیاز بر اساس تخمین بیش از یک هفته

- دریافت غذایی هر میزان کاهش دریافت غذا بیش از ۲ هفته

۲- التهاب

- بیماری / آسیب حاد

- مزمن مرتبط با بیماری

محاسبه eGFR

$$\text{GFR} = 141 \times \min(\text{Scr}/\kappa, 1)^{\alpha} \times \max(\text{Scr}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Age}} \times 1.018[\text{if female}] \times 1.159[\text{if black}]$$

$\kappa = 0.7$ if female

$\kappa = 0.9$ if male

$\alpha = -0.329$ if female

$\alpha = -0.411$ if male

min = The minimum of Scr/ κ or 1

max = The maximum of Scr/ κ or 1

Scr = serum creatinine (mg/dL)

سوالات ارزیابی تغذیه‌ای بیمار در «فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار»

وزن:	قد:	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):
ارزیابی تغذیه‌ای	۱. آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟ بله ☐ خیر ☐ غیرقابل ارزیابی ☐ / آیا در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است؟ بله ☐ خیر ☐	
	۲. آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله ☐ خیر ☐	
	۳. آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله ☐ خیر ☐	
	۴. آیا بیماری فرد از نوع بیماری‌های ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله ☐ خیر ☐	
	نتیجه ارزیابی*: ویزیت و مشاوره تغذیه لازم است: بله ☐ خیر ☐ / ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است: بله ☐ خیر ☐ *در صورتی که حتی یک «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است.	