

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: <input type="checkbox"/> Male مرد: <input type="checkbox"/>	(روز/ماه/سال)	
Recent physical activity level میزان فعالیت بدنی اخیر بیمار:	Current status of Pregnancy/Lactation وضعیت بارداری/شیردهی:		
mild سبک <input type="checkbox"/> sedentary خیلی سبک <input type="checkbox"/>	None هیچکدام <input type="checkbox"/> Nursing شیرده <input type="checkbox"/> Pregnant باردار <input type="checkbox"/>		
Extreme شدید <input type="checkbox"/> moderate متوسط <input type="checkbox"/>			
Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:	سابقه مصرف اخیر مکمل های غذایی و داروها:		
	Recent medicine or supplement intake history		
Medicine Order داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:	Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:		
Diet Order دستور غذایی پزشک معالج:	Food or Drug Allergy حساسیت غذایی یا دارویی:		
نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک:			
Oral Nutrition تغذیه دهانی <input type="checkbox"/>		Total Parenteral Nutrition تغذیه وریدی <input type="checkbox"/>	
Nil Per Os منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/>		Enteral Nutrition تغذیه با لوله <input type="checkbox"/>	
Anthropometric Data اطلاعات تن سنجی:			
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع):	Height (Cm) قد (سانتیمتر):	Current Body Weight (Kg) وزن فعلی (کیلوگرم):	
Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps) ضخامت چین پوستی (سانتیمتر):	MAC (Cm) دور بازو (سانتیمتر):	Usual Body Weight (Kg) وزن معمول (کیلوگرم):	
Weight Variation Duration(W/M) مدت زمان تغییرات وزن اخیر: (هفته / ماه)	Recent Weight Change (Y/N) تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	Ideal Body Weight (Kg) وزن ایده آل (کیلوگرم):	
	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):		

Gastrointestinal/Digestive Disorders

مشکلات گوارشی و غذایی :

(Reflux)  ریفلاکس      Diarrhea  اسهال      Vomiting  استفراغ      Nausea  تهوع  
 Constipation  یبوست      Anorexia  کاهش مصرف یا بی اشتها طی هفته گذشته  
 Denture problems  مشکلات دهانی یا دندان / دندان مصنوعی      Dysphagia and Chewing Problems  اختلال بلع و جویدن غذا

Clinical Status

وضعیت بالینی:

Edema  ادم      (Subcutaneous Dystrophy)  کاهش چربی زیر جلدی      Wasting  تحلیل عضلانی مشهود  
 weakness/tremors  ضعف/ لرزش      Skin ,Hair, & Nails changes  تغییرات مو و پوست، ناخن      Ascitis  آسیت

The Laboratory Test Needed for Fallow up

آزمایش های مورد نیاز برای پیگیری

Diet History

تاریخچه مختصر رژیم غذایی / سابقه رژیم های غذایی

Malnutrition Grade:

نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:

Severe Malnutrition  سوء تغذیه شدید      Moderate Malnutrition  سوء تغذیه متوسط      At Risk of Malnutrition  در معرض سوء تغذیه

Nutritional Needs

نیازهای تغذیه ای:

پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d) :

انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d) :

مکمل تغذیه ای مورد نیاز (Supplement) :

حجم مایعات مورد نیاز (Fluid: cc/d) :

Food and Drug Interactions

تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:

Recommended Diet at the First Visit

رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:

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 مشاور تغذیه:

Date of Form Approving

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:

Date of Form Filling

تاریخ تکمیل فرم:

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

## فرم پیگیری وضعیت تغذیه

### Nutritional Status Follow up Form

ID Number : کد ملی:	Unit No : شماره پرونده:
---------------------	-------------------------

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 <input type="checkbox"/> زن: Male <input type="checkbox"/> مرد:		

	مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	وضعیت اشتها (ضعیف / متوسط / خوب) Appetite Status	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	ادم (-/+) Edema	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	محیط دوز بازو (Cm) MAC	وزن (Kg) Weight	شاخص Index نوبت ویزیت (Date of visit)
										نوبت اول First Visit .....
										نوبت دوم Second Visit .....
										نوبت سوم Third Visit .....
										نوبت چهارم Fourth Visit .....
										نوبت پنجم Fifth Visit .....
										نوبت ششم Sixth Visit .....

آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
--	--

Date of Form Filling : تاریخ تکمیل فرم:	Dietitians' Name /Signature/Stamp	نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:
---	-----------------------------------	--