

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 ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

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:
The Cause of the Current Admission علت بستری کنونی:		Male <input type="checkbox"/> پسر	Female <input type="checkbox"/> دختر
Sex: جنس:			
Food and Drug Allergy سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: Yes <input type="checkbox"/> بلی No <input type="checkbox"/> خیر نوع حساسیت:			
Nutrition according to physician's recommendation نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج: NPO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/>			
Recent supplement Intake History توع مکمل های مورد استفاده:			
Type of Nutrition نوع تغذیه: شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک <input type="checkbox"/> تغذیه تکمیلی <input type="checkbox"/> غذای خانواده <input type="checkbox"/>			
Anthropometric Index Data اطلاعات شاخص های تن سنجی:			
Birth weight وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم	Weight at admission وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم		
Mid Upper Arm Circumference (MUAC) اندازه دور وسط بازو برای سن برای کمتر از ۵ سال:	Height /Length at admission قد هنگام پذیرش (سانتی متر):		
BMI ZScore Z Score نمایه توده بدنی (برای سنین ۱۸-۵ سال):	Weigh ZScore for Heigh Z Score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال):		
اشتهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر یا بیمار: Well <input type="checkbox"/> خوب Moderate <input type="checkbox"/> متوسط Weak <input type="checkbox"/> ضعیف			
Underlying Disease: بیماری زمینه ای (نام ببرید):			
۹۷/۵ - G۵ - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید - V۱ - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود			

ارزیابی کاهش یا دریافت تغذیه ای بیمار:

Assessing the patient's dietary intake or reduction

- داشتن رژیم غذایی خاص قبل از بستری
 کاهش دریافت تغذیه ای به دلیل درد
 هیچکدام

- اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو تا سه روز گذشته
 استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو تا سه روز گذشته
 کاهش دریافت غذایی در طول چند روز قبل از بستری

آزمایشات لازم برای پیگیری:

The Laboratory Test Needed for Follow up:

نیازهای تغذیه ای:

Nutrition Requirments:

انرژی:	Energy	پروتئین:	Protein	مکمل:	Supplement

رژیم غذایی:

Diet

توصیه ها و پرهیزهای غذایی به همراه (مادر) بیمار:

Advice and Food Avoid

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه :

Dietitians' Name /Signature/Stamp

تاریخ تکمیل فرم:

Date of Form Filling

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:

Pediatrician/Surgen s' Name /Signature/Stamp

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده :

Date of Form Approving

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 کودکان و نوجوانان بستری

Children and adolescents' Nutritional Follow up Form

شماره پرونده: Unit No:

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:		وضعیت اشتها  Appetite Status		نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)		ادم (-/+) Edema	
مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp		رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet		مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement		نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	
						محیط دور بازو (Cm) MUAC	
						وزن (Kg) Weight	
						شاخص Index نوبت پیگیری (Date of Follow up)	
						تاریخ پیگیری اول First Follow up	
						تاریخ پیگیری دوم Second Follow up	
						تاریخ پیگیری سوم Third Follow up	
آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی							
آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی							
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص کمتر از -۲ است؟							
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص بیشتر از +۲ است؟							
آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی							
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:		Dietitians' Name /Signature/Stamp				نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء کارشناس تغذیه:	
کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - ۹۷/۵ - G6							