

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 بستری

and adulesents Professional Nutrition Assent Form for Children

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:
The Cause of the Current Admission		علت بستری کنونی:		Sex		جنس:	
				Male <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>		Female <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/>	
Food and Drug Allergy							
سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر </div> نوع:							
NPO <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> : نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج							
Recent supplement Intake History							
توع مکمل های مورد استفاده:							
Type of Nutrition							
نوع تغذیه:							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک نوع شیر خشک <input type="checkbox"/> تغذیه تکمیلی <input type="checkbox"/> غذای خانواده </div>							
Anthropometric Index Data							
اطلاعات شاخص های تن سنجی:							
Birth weight				Weight at admission			
وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۵ سال):				وزن هنگام پذیرش: کیلو و گرم			
Mid Upper Arm Circumference (MUAC)				Height /Length			
اندازه دور وسط بازو برای سن برای کمتر از ۵ سال:				قد هنگام پذیرش (سانتیمتر):			
BMI ZScore				Weigh ZScore for Heigh			
Z Score نمایه توده بدنی (برای سنین ۱۸-۵ سال):				Z Score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال):			
اشتباهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر یا بیمار:							
				<input type="checkbox"/> Well خوب <input type="checkbox"/> Moderate متوسط <input type="checkbox"/> Weak ضعیف			
Underlying Dis.							
بیماری زمینه ای (نام ببرید):							

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

The Laboratory Test Needed for Follow up

آزمایشات لازم برای پیگیری:

Nutrition Requirement

نیازهای تغذیه ای:

Supplement	مکمل:	Protein	پروتئین:	Energy	انرژی:

Diet

رژیم غذایی:

Advice and Food Avoid

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

Dietitians' Name /Signature/Stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:

Date of Form Filling

تاریخ تکمیل فرم:

Pediatrician/Surgen s' Name /Signature/Stamp

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:

Date of Form Approving

تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center:

فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودکان و نوجوانان بستری - ویژه کارشناس تغذیه

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

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - ۲۰ - ۹۶/۱۰

فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودکان و نوجوانان بستری

V1- این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود.

بخش ارزیابی تغذیه ای کودکان بستری در فرم مراقبت پرستاری

وزن (Kg) : ... کیلو و ... گرم	قد (Cm):	مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین/ Vit A&D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکملها: ...
در سن زیر ۵ سال؛ زد اسکور وزن برای قد کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟	کمتر از -۲ 0	بیشتر از +۲ 0
در سن بالای ۵ سال؛ زد اسکور نمایه توده بدنی کودک در چه محدوده ای قرار دارد؟	کمتر از -۲ 0	بیشتر از +۲ 0
آیا کودک طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن یا عدم افزایش وزن داشته است؟	بله 0	خیر 0
آیا کودک دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا می باشد؟	بله 0	خیر 0
آیا کودک رژیم غذایی خاصی دارد؟	بله 0	خیر 0
کودک کدامیک از شرایط یا بیماری های زیر را دارد؟		
سوء تغذیه 0 سرطان 0 سوختگی 0 بیماریهای کلیوی 0 بیماری های غدد و متابولیک 0 بیماریهای گوارشی و کبدی 0 کاندید عمل جراحی ماژور 0 هیچکدام 0		
<p>نتیجه ارزیابی: * مراجعه کارشناس تغذیه لازم است: بله 0 خیر 0</p> <p>ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است: بله 0 خیر 0</p> <p>* در صورت وجود هر یک از شرایط زیر، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه جهت انجام مشاوره با اطلاع پزشک لازم است:</p> <p>زد اسکور کمتر از -۲ یا بیشتر از +۲ در هر گروه سنی، پاسخ بله به یکی از سوالات و یا وجود یکی از بیماری های شرایط فوق الذکر</p>		

ارزیابی
تغذیه ای