

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:
	Room اتاق:		
	Bed تخت:		
Date of Admission تاریخ پذیرش:	Sex جنس: Female <input type="checkbox"/> دختر Male <input type="checkbox"/> پسر	Date of birth تاریخ تولد:	Father Name نام پدر
Underlying Dis. بیماری های زمینه ای:	Dx. تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:		
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: Nil Per Os <input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی Tube Feeding <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه وریدی			
Recent supplement Intake History مکمل های مورد استفاده:			
Type of Nutrition نوع تغذیه: شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر مصنوعی شیر مصنوعی شیر دام <input type="checkbox"/> غذای خانواده <input type="checkbox"/> غذای کمکی <input type="checkbox"/> 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):		
اشتباهای 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			
۹۷/۵ - G5 - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید - V1 - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود			

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

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

ID Number : کد ملی :

Unit No : شماره پرونده :

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: (روز/ماه/سال)	Father Name نام پدر:
	Female <input type="checkbox"/> دختر: Male <input type="checkbox"/> پسر:		

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

آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	زمان ترخیص
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 سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی Z score: -----	
آیا Z score نمایه توده بدنی برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی Z score: -----	
آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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