وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

ID Number : کد ملی

Unit No: شماره پرونده

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان

Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

Attending Physician پزشک معالج:	ward بخش: Room اتاق: Bed تخت:	Name نام:	Family Name نام خانوادگی:
Date of Admission تاریخ پذیرش :	Sex جنس: Female ☐ دختر Male ☐ 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:

خیر ☐ No بلی ☐ Yes نوع حساسیت:

Nutrition according to physician's recommendation نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج :

تغذیه دهانی ☐ Oral Nutrition منع تغذیه با دهان ☐ Nil Per Os

تغذیه وریدی ☐ Parenteral Nutrition تغذیه با لوله ☐ Tube Feeding

Recent supplement Intake History مکمل های مورد استفاده:

Type of Nutrition نوع تغذیه:

☐شیرمادر ☐شیرمصنوعی نوع شیر مصنوعی ..... ☐غذای کمکی ☐غذای خانواده ☐شیر دام 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
Z score قد برای سن: Length/Height for age Z score	قد هنگام پذیرش (سانتیمتر): Height /Length at admission
Z score نمایه توده بدنی برای سن (برای سنین ۱۸-۵ سال): BMI for age Z score	Z score وزن برای قد (برای سنین کمتر از ۵ سال): Weigh for Heigh Z score

اشتهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر یا بیمار:

خوب ☐ Well

متوسط ☐ Moderate

ضعیف ☐ Weak

مشکلات گوارشی و غذایی طی هفته اخیر: Gastrointestinal/Digestive Disorders

کاهش وزن ناشی از بیماری ☐ weight loss

تهوع ☐ Nausea استفراغ ☐ Vomiting اسهال ☐ Diarrhea ریفلاکس ☐ Reflux

کاهش مصرف یا بی اشتهایی طی هفته گذشته ☐ Anorexia یبوست ☐ Constipation

اختلال در جویدن غذا (مشکلات دهانی یا دندانی) ☐ Chewing Problems اختلال در بلع غذا ☐ Dysphagia / Swallowing Problems

اختلال در عبور غذا از مری به معده ☐ Cardiac Stenosis

آزمایشات لازم برای تنظیم رژیم/ پیگیری: The Laboratory Test Needed:

تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار: Food and Drug Interactions

نیاز های تغذیه ای: Nutrition Requirments:

انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d):

پروتئین مورد نیاز (Protein: g /d):

سایر مواد مغذی مورد نیاز:

تشخیص تغذیه ای، نوع رژیم غذایی، توصیه ها و مکمل های تغذیه ای Nutritional diagnosis, recommended diet & supplements

نام ونام خانوادگی، مهر و امضاء رژیم درمان: Dietitians' Name /Signature/Stamp	نام ونام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج Physician s' Name/signature/stamp
تاریخ تکمیل فرم: Date of Form Filling	تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده: Date of Form Approving

***کدهای خدمت (در اولین نوبت –ارزیابی):**

۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۱۰

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵ **حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰** **حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵**

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 Fallow up Form

ID Number کد ملی:

Unit No : شماره پرونده:

Attending Physician پزشک معالج	Ward بخش: Room اتاق: Bed تخت:	Name: نام:	Family Name نام خانوادگی:
Date Of Admission تاریخ پذیرش	Sex جنس: Female □:دختر Male □:پسر	Date of Birth تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name نام پدر:

مهر و امضا رژیم درمان *Dietitians' signature and stamp*	کد خدمت* *RVU*	رژیم غذایی پیشنهادی *Recommended diet*	وضعیت اشتها *Appetite Status* (ضعیف/ متوسط/ خوب)	تبعیت از رژیم *Compliance* *(-/+)*	نحوه تغذیه *Intake Route* *(EN-TPN-PO-NPO)*	نتیجه آزمایشات مورد نیاز *Laboratory test results*	وزن *Weight* (Kg)	فراسنج 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:

زمان ترخیص	آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ بلی ☐ خیر ☐
	آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟ بلی ☐ خیر ☐
	آیا z score وزن برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ بلی ☐ خیر ☐ z score: ----------
	آیا z score نمایه توده بدنی برای سن بیمار هنگام ترخیص نرمال است؟ بلی ☐ خیر ☐ z score: ----------
	آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟ بلی ☐ خیر ☐

*** کدهای خدمت در هر جلسه از پیگیری:**

۹۰۱۷۴۵ + ۹۰۱۷۵۷

در صورت حمایت تغذیه دهانی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۵ **حمایت تغذیه وریدی: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۳۰** **حمایت تغذیه روده ای: ۹۰۱۷۵۷ + ۹۰۱۷۲۵**