

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 ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان  
Children and adolescents' Professional Nutritional Assessment & care Form

شماره : Unit No:  
پرونده : پرونده :

Attending Physician پزشک معالج:	ward بخش:	Name : نام :	Name 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: خیر <input type="checkbox"/> No بله <input type="checkbox"/> Yes نوع حساسیت:	
Nutrition according to physician's recommendation 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:	
		<input type="checkbox"/> شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک ..... <input type="checkbox"/> تغذیه تکمیلی <input type="checkbox"/> غذای خانواده	
Anthropometric Index Data		اطلاعات شاخص های تن سنجی:	
Birth weight وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۵ سال): ..... 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 (سانیمتر):		
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: خوب <input type="checkbox"/> Well متوسط <input type="checkbox"/> Moderate ضعیف <input type="checkbox"/> Weak	
Underlying Disease:		بیماری زمینه ای (نام ببرید):	
۹۷/۵ - G5 - کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت -		۱ - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود	
لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید			

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:

Nutrition Requirments:

نیاز های تغذیه ای:

Supplement	مکمل :	Protein	پروتئین:	Energy	انرژی:

Diet

رژیم غذایی:

توصیه ها و پرهیز های غذایی به همراه (مادر) بیمار:

Advice and Food Avoid

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

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 : Unit No:

پرونده :

نام خانوادگی:

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:				

شاخص Index	وزن (Kg) Weight	محیط دور بازو (Cm) MUAC	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	ادم (-/+ ) Edema	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	وضعیت اشتها Appetite Status	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp
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؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص کمتر از -2 است؟		
آیا Z-score وزن برای قد بیمار هنگام ترخیص بیشتر از +2 است؟		
آیا کودک نیاز به پیگیری روند وزن گیری و تغذیه با ارجاع به کلینیک تغذیه دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء کارشناس تغذیه :	Dietitians' Name /Signature/Stamp	تاریخ ترخیص:	Date of Discharge
---	-----------------------------------	--------------	-------------------