

برگ ارزیابی وضعیت تغذیه

Nutritional Assessment Sheet

بخش تغذیه و رژیم درمانی بیمارستان قائم

شماره پرونده:																					
نام خانوادگی:																					
بخش:	نام:	جنس:																			
پزشک معالج:	اتاق:	Age:	Sex: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن																		
تاریخ پذیرش:	تخت:																				
تاریخ ارزیابی:																					
Job:	Diagnosis:	تشخیص:	متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>																		
رژیم فعلی:																					
(۱) اطلاعات تن سنجی:																					
Waist Circumference دور کمر (سانتیمتر):	Height: Ulna length:	قد (سانتیمتر):	وزن (کیلوگرم): Weight																		
BMI (kg/m ²): نمایه توده بدن (کیلوگرم / متر مربع):	MAC (cm):	وسط بازو (سانتیمتر): دور بازو (سانتیمتر): نوبت اول: نوبت دوم: نوبت سوم:	ضخامت چین پوستی Skin fold thickness: Biceps: نوبت اول: نوبت دوم: نوبت سوم:																		
Skeletal Size : اندازه اسکلت بدن: (کوچک / متوسط / بزرگ)	Wrist Circumference	دور مچ (سانتیمتر):	وزن ایده آل (کیلوگرم): Ideal Weight																		
Duration مدت زمان: سه ماه / شش ماه	Kg	مقدار (کیلوگرم):	تغییر وزن اخیر: (بلی / خیر): افزایش / کاهش Weight Change																		
(۲) مشکلات گوارشی و غذایی:																					
۱- حساسیت غذایی (نوع غذا.....) <input type="checkbox"/> ۲- استفراغ <input type="checkbox"/> ۳- اسهال <input type="checkbox"/> ۴- یبوست <input type="checkbox"/> ۵- اختلال بلع و جویدن غذا <input type="checkbox"/> ۶- دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> ۷- مشکلات بلع و جویدن غذا <input type="checkbox"/>																					
وضعیت بالینی:																					
Skin and Hair changes <input type="checkbox"/>	Ascitis <input type="checkbox"/>	Edema <input type="checkbox"/>	Wasting <input type="checkbox"/>																		
نحوه تغذیه:																					
Total parenteral nutrition <input type="checkbox"/>	تغذیه وریدی <input type="checkbox"/>	Nil by mouth <input type="checkbox"/>	منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/>																		
Oral nutrition <input type="checkbox"/>	تغذیه دهانی <input type="checkbox"/>	Enteral nutrition <input type="checkbox"/>	تغذیه با لوله <input type="checkbox"/>																		
(۳) درجات سوء تغذیه: (طبق دستورالعمل پایین برگه)																					
شدید		متوسط	خفیف																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">BMI (kg/m²)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">b</td> <td style="text-align: center;">c</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><18.5</td> <td style="text-align: center;">18.5-20</td> <td style="text-align: center;">>20</td> </tr> </table>		BMI (kg/m ²)			a	b	c	<18.5	18.5-20	>20	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Weight loss (%over 3-6 months)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">a</td> <td style="text-align: center;">b</td> <td style="text-align: center;">c</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>10%</td> <td style="text-align: center;">10-5%</td> <td style="text-align: center;"><5% (or wt gain)</td> </tr> </table>	Weight loss (%over 3-6 months)			a	b	c	>10%	10-5%	<5% (or wt gain)	
BMI (kg/m ²)																					
a	b	c																			
<18.5	18.5-20	>20																			
Weight loss (%over 3-6 months)																					
a	b	c																			
>10%	10-5%	<5% (or wt gain)																			
a with a.b.c a+a a+b (or b+a) a+c (or c+a) or b+b High risk		b with c b+c (or c+b) Medium risk	c with c c+c Low risk																		
تاریخ:	نام مشاور تغذیه و رژیم درمانی: امضاء																				