



کد فرم: ALZ-RM - 110

تاریخ بازنگری: ۹۳/۶/۱۸

بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸



فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه

Complementary Professional Nutritional Assessment Form

بیمارستان:

شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	بخش:	تاریخ پذیرش:
جنس: ☐ مرد ☐ زن		سن:		اناق:	تاریخ درخواست مشاوره تغذیه:	
متاهل ☐ مجرد ☐		شغل:		تخت:	نوع پذیرش: ☐ اورژانس ☐ بستری ☐ سرپایی	
داروها و مکمل های مصرفی:		سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:		تشخیص:		امتیاز ارزیابی اولیه تخصصی:

(۱) اطلاعات تن سنجی:			
وزن (کیلوگرم):	قد (سانتیمتر):	دور کمر (سانتیمتر):	Waist Circumference
ضخامت چین پوستی	دور بازو (سانتیمتر):	نمایه توده بدن (کیلوگرم/متر مربع):	BMI (kg/m ²):
وزن ایده آل (کیلوگرم):	دور مع (سانتیمتر):	اندازه اسکلت بدن (کوچک/متوسط/بزرگ):	Skeletal Size
تغییر وزن اخیر: (بلی/خبر):	مقدار (کیلوگرم):	مدت زمان تغییرات وزن اخیر:	Duration
Weight Change	Kg		

(۲) مشکلات گوارشی و غذایی:			
☐ Nausea تهوع	☐ Vomiting استفراغ	☐ Diarrhea اسهال	☐ Constipation یبوست
☐ Swallowing and Chewing Problems اختلال بلع و جویدن غذا		☐ Denture دندان مصنوعی	

(۳) وضعیت بالینی:			
☐ Wasting تحلیل عضلانی مشهود	☐ ادم	☐ آسیت	☐ تغییرات مو و پوست

(۴) نحوه تغذیه:			
☐ Nil by Mouth منع تغذیه با دهان	☐ Total Parenteral Nutrition تغذیه وریدی	☐ Enteral Nutrition تغذیه دهانی	☐ Oral Nutrition

(۵) نیازهای تغذیه ای: کالری مورد نیاز (فرمول Harris Benedict):

Male (مردان): $1716 + 5 \times \text{wt(kg)} + 5 \times \text{Ht(cm)} - 681 \times \text{A(year)}$

Female (زنان): $1596 + 5 \times \text{wt(kg)} + 5 \times \text{Ht(cm)} - 468 \times \text{A(year)}$

پروتئین مورد نیاز:

حجم مایعات مورد نیاز:

(۶) تست های آزمایشگاهی مورد نیاز:

(۷) ضرایب استرس:			
آسیب با عفونت	جراحی	آسیب در چندین ناحیه بدن	عفونت شدید
شکستگی استخوانی	سرطان	تب (به ازای هر ۱ درجه بالاتر از ۳۷ درجه سانتیگراد)	سوختگی

(۸) ارزیابی شدت سوء تغذیه:				
بیش از ۹۰٪ وزن ایده آل	۷۱ - ۹۰٪ وزن ایده آل	۶۰ - ۷۰٪ وزن ایده آل	کمتر از ۶۰٪ وزن ایده آل	آلبومین سرم
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	وضعیت تغذیه ای مناسب	
gr/dl < ۱/۵	gr/dl ۱/۵ - ۲/۵	gr/dl ۲/۵ - ۳/۱	gr/dl > ۳/۵	
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	وضعیت تغذیه ای مناسب	
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	وضعیت تغذیه ای مناسب	
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	وضعیت تغذیه ای مناسب	
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	وضعیت تغذیه ای مناسب	

(۹) دستور رژیم غذایی توسط مشاور تغذیه:

مهر و امضاء مشاور تغذیه:

(۱۰) تاریخی که فرم تکمیل شده به رؤیت پزشک معالج رسیده است.

مهر و امضای پزشک معالج: