



کد فرم: ALZ-RM - 108
تاریخ بازنگری: ۹۲/۶/۱۸
بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸



فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در بدو پذیرش در بیمارستان

Primary Nutritional Assessment

بیمارستان.....

شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		بخش:		تاریخ پذیرش:	
نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری		اتاق:		سن:		نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری		اورژانس <input type="checkbox"/>	
جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		نوبت ارزیابی: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم		تخت:		نوبت ارزیابی: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم			
خیر	بلی								
۱		آیا نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می باشد؟							
۲		آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن داشته است؟							
۳		آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) شده است؟							
۴		آیا بیماری فرد شدید است؟							
		<input type="checkbox"/> لزوم تکمیل فرم ارزیابی اولیه تخصصی		<input type="checkbox"/> لزوم تکرار ارزیابی اولیه بعد از یک هفته					

نام و نام خانوادگی و

مهر و امضای پرستار

توضیحات:

- این فرم در زمان پذیرش توسط پرستار تکمیل می شود.
- در ردیف ۱، نمایه توده بدنی از تقسیم عدد وزن بر حسب کیلو گرم بر مجذور قد بر حسب متر بدست می آید:
وزن
_____ / (قد)^۲
- در ردیف ۳ منظور از شدید بودن بیماری آن است که آیا به طور کلی وضعیت کلی بیمار را وخیم ارزیابی می کنید و به طور مثال نیاز به درمان ویژه در ICU یا CCU یا intensive therapy دارد یا خیر؟
- اگر جواب حتی یکی از سوالات جدول بلی باشد، فرم ارزیابی اولیه تخصصی توسط پزشک معالج و مشاور تغذیه تکمیل شود.
- اگر جواب همه سوالات جدول خیر باشد، بیمار به فاصله یک هفته، مجدداً با استفاده از همین جدول ارزیابی خواهد شد.
- توجه: اگر مقرر است بیمار برای یک عمل جراحی بزرگ (تشخیص عمل جراحی بزرگ توسط پزشک) آماده شود، باید برنامه مراقبتی تغذیه ای (تکمیل فرم های ارزیابی اولیه و تکمیلی تخصصی تغذیه ای)، قبل از عمل جهت اجتناب از خطر در نظر گرفته شود.