



کد فرم: ALZ-RM - 110
تاریخ بازنگری: ۹۲/۶/۱۸
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:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	سن:
تاریخ پذیرش:	اتاق:	متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	شغل:
تاریخ درخواست مشاوره تغذیه:	تخت:	داروها و مکمل های مصرفی:	
نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> سرپایی	تشخیص:	سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:	
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
افزایش / کاهش	Weight Change		

۲) مشکلات گوارشی و غذایی:			
<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> استفراغ	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> Diarrhea
<input type="checkbox"/> یبوست	<input type="checkbox"/> اختلال بلع و جویدن غذا	<input type="checkbox"/> دندان مصنوعی	<input type="checkbox"/> Denture
<input type="checkbox"/> تحلیل عضلانی مشهود (Wasting)	<input type="checkbox"/> آسیت	<input type="checkbox"/> تغییرات مو و پوست	

۳) وضعیت بالینی:			
<input type="checkbox"/> تحلیل عضلانی مشهود (Wasting)	<input type="checkbox"/> آسیت	<input type="checkbox"/> تغییرات مو و پوست	
۴) نحوه تغذیه:			
<input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان	<input type="checkbox"/> Nil by Mouth	<input type="checkbox"/> تغذیه وریدی	<input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition
<input type="checkbox"/> تغذیه با لوله	<input type="checkbox"/> Enteral Nutrition	<input type="checkbox"/> تغذیه دهانی	<input type="checkbox"/> Oral Nutrition

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

مردان (Male): $173.4 + 4.83 \times \text{wt(kg)} + 6.91 \times \text{Ht(cm)} - 6.76 \times \text{A(year)}$

زنان (Female): $159.6 + 4.75 \times \text{wt(kg)} + 7.17 \times \text{Ht(cm)} - 6.81 \times \text{A(year)}$

پروتئین مورد نیاز:

حجم مایعات مورد نیاز:

۶) تست های آزمایشگاهی مورد نیاز:

۷) ضرایب استرس:							
آسیب با عفونت	۱/۳-۱/۵۵	جراحی	۱-۱/۱	آسیب در چندین ناحیه بدن	۱/۴	عفونت شدید	۱/۲-۱/۶
شکستگی استخوانی	۱/۱-۱/۳	سرطان	۱/۱-۱/۴۵	تب (به ازای هر ۱ درجه بالاتر از ۳۷ درجه سانتیگراد)	۱/۲	سوختگی	۱/۵-۲/۱

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

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: