

## فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه

### Complementary Professional Nutritional Assessment Form

بیمارستان.....

شماره پرونده:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	بخش:	تاریخ پذیرش:
جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	سن:	اتاق:	تاریخ درخواست مشاوره تغذیه:
متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	شغل:	تخت:	نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/>
داروها و مکمل های مصرفی:		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 <sup>2</sup> ):
وزن ایده آل (کیلوگرم):	دور مچ (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:

<input type="checkbox"/> Nausea تهوع	<input type="checkbox"/> Vomiting استفراغ	<input type="checkbox"/> Diarrhea اسهال
<input type="checkbox"/> Constipation یبوست	<input type="checkbox"/> Swallowing and Chewing Problems اختلال بلع و جویدن غذا	<input type="checkbox"/> Denture دندان مصنوعی

(۳) وضعیت بالینی:

<input type="checkbox"/> (Wasting) تحلیل عضلانی مشهود	<input type="checkbox"/> ادم	<input type="checkbox"/> آسیت	<input type="checkbox"/> تغییرات مو و پوست
---	------------------------------	-------------------------------	--

(۴) نحوه تغذیه:

<input type="checkbox"/> Nil by Mouth منع تغذیه با دهان	<input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition تغذیه وریدی
<input type="checkbox"/> Enteral Nutrition تغذیه با لوله	<input type="checkbox"/> Oral Nutrition تغذیه دهانی

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

$$\text{Male (در مردان)} = (6/76 * A(\text{year})) - [4/68 * Ht(\text{cm})] + [13/75 * wt(\text{kg})] + 66/47$$

$$\text{Female (در زنان)} = (6/68 * A(\text{year})) - [4/68 * Ht(\text{cm})] + [9/56 * wt(\text{kg})] + 65/51$$

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	سوخستگی	۱/۵-۲/۱

(۸) ارزیابی شدت سوء تغذیه:

بیش از ۹۰٪ وزن ایده آل	۹۰٪ - ۷۱٪ وزن ایده آل	۷۰٪ - ۶۰٪ وزن ایده آل	کمتر از ۶۰٪ وزن ایده آل	آلبومین سرم
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه متوسط	سوء تغذیه خفیف	سوء تغذیه انرژئ شدید	gr/dl ۲/۵ <
سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی شدید	gr/dl ۳ - ۲/۵
وضعیت تغذیه ای مناسب				gr/dl ۴/۵ - ۳/۱
				gr/dl ۵ >

(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: