

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:
		اتاق:	نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری
		تخت:	اورژانسی <input type="checkbox"/>
جنس:	سن:	نوبت ارزیابی: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم	
<input type="checkbox"/> مرد			
<input type="checkbox"/> زن			
بله	خیر		
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 اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) شده است؟		
۴	آیا بیماری فرد شدید است؟		
نتیجه ارزیابی: <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:

$$\frac{\text{وزن}}{(\text{قد})^2}$$
 - 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.