|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **شماره پرونده** : Unit number |  | | |
| **نام خانوادگي**: Family Name | **نام**: Name | **بخش**: Ward  **اتاق**: Room  **تخت**: Bed | **پزشك معالج**: Attending Physician |
| **نام پدر**: Father Name | **تاريخ تولد**: Date of Birth |
| **تاريخ پذيرش**: Date of Admission |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزیابی وضعیت تغذیه ای** | **وزن :** | **قد :** | **نمایه توده بدنی بزرگسال(BMI):** | **زد اسکور نمایه توده بدنی(کمتر از 19 سال):** |
| 1. **آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از20 است؟ بله⬜ خیر⬜ غیرقابل ارزیابی⬜ در بیمار کمتر از 19سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از 2- یا بیشتر از 2+ است؟ بله ⬜ خیر⬜** | | | |
| 1. **آیا بیمار طی 3 ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ بله⬜ خیر ⬜** | | | |
| 1. **آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتهایی یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ بله⬜ خیر⬜** | | | |
| 1. **آیا بیماری فرد از نوع بیماریهای ویژه (رجوع به راهنما) است؟ بله⬜ خیر ⬜** | | | |
| **نتیجه ارزیابی: ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟ بله ⬜ خیر⬜ ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ بله ⬜ خیر ⬜**  **\*در صورتی که حتي يك «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تاکید است** | | | |
| **تشخیص های پرستاری بدو ورود با توجه به ارزیابی اولیه:**       **ساعت پایان ارزیابی : تاريخ: نام و امضای پرستار:** | | | | |