|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم ارزیابی اوليه تغذيه اي بيماران در بدو پذيرش در بيمارستان**  **Primary Nutritional Assessment**  بيمارستان تخصصی و فوق تخصصی بابل کلینیک | | | | | | |
| شماره پرونده**:** | | | | | | |
| تاريخ پذيرش: | | | بخش:  اتاق:  تخت: | نام پدر: | نام و نام خانوادگي: | |
| **نوع پذيرش : سرپايي بستري اورژانس** | | |
| نوبت ارزيابي: اول دوم | | | سن: | جنس:  مرد  زن | |
| خیر | بله | سوالات مربوط به ارزیابی تغذیه ای بیمار | | | | |
|  |  | آيا نمايه توده بدني بيمار كمتر از 5/20 مي باشد؟ | | | | 1 |
|  |  | آيا بيمار طي 3 ماه گذشته كاهش وزن داشته است؟ | | | | 2 |
|  |  | آيا بيمار طي هفته گذشته دچار بی اشتهایی يا كاهش مصرف غذا به هر دلیل(مانند تهوع یا استفراغ شديد) شده است؟ | | | | 3 |
|  |  | آيا بيماري فرد شديد است؟ | | | | 4 |
| نتيجه ارزيابي: لزوم تكميل فرم ارزيابي اوليه تخصصي لزوم تكرار ارزيابي اوليه بعد از يك هفته | | | | | | |

**نام و نام خانوادگی و**

**مهر و امضای پرستار**