|  |
| --- |
| **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**