

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: **مرکز پزشکی آموزشی درمانی:**
University of Medical Science: Medical Center
 فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای کودکان و نوجوانان **دختر** بالای 2 سال بستری در بیمارستان
Primary Nutritional Assessment for Children

نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	بخش: Ward:	پزشک معالج: Attending Physician:
نام پدر: Father Name:	تاریخ تولد: Date of Birth:	اتاق: Room:	تاریخ پذیرش: Date of Admission:
سن (y): □□	قد (cm): □□/□	تخت: Bed:	نمایه توده بدنی □□/□□
وزن (kg): □□/□□	بله	خیر	
1. آیا Z-score نمایه توده بدنی بیمار هنگام بستری کمتر از -2 است؟			
2. آیا z score نمایه توده بدنی بیشتر از 2 است؟			
3. آیا بیمار در 3 ماه گذشته کاهش وزن بیشتر از 10% داشته است؟			
4. آیا بیمار دچار بی اشتهایی یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تب، تهوع یا استفراغ شدید) است؟			
5. آیا بیمار کاندید عمل جراحی ماژور و یا مبتلا به بدخیمی یا بیماری های مزمن می باشد؟			

در صورتی که پاسخ هر کدام از سوالات فوق "بله" بود، بیمار باید مشاوره تغذیه شود.
 نحوه محاسبه نمایه توده بدنی (BMI) بر اساس سن بیمار: حاصل نسبت وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد

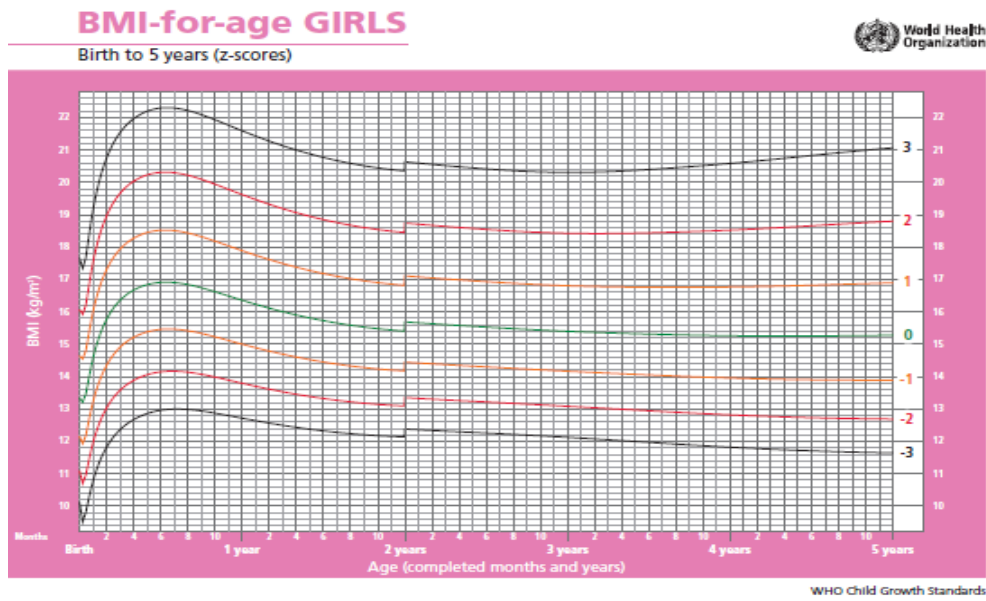
نام و نام خانوادگی، سمت و امضاء تکمیل کننده فرم

وضعیت تغذیه ای زمان ترخیص کودکان و نوجوانان **دختر** بستری

تاریخ ترخیص:	وزن موقع ترخیص:
	BMI زمان ترخیص:
آیا BMI Z-score بیمار هنگام ترخیص کمتر از -2 است؟	
آیا BMI Z-score بیمار هنگام ترخیص بیشتر از +2 است؟	

نام و نام خانوادگی، سمت و امضاء تکمیل کننده فرم

نمودار نمایه توده بدنی برای سن دختران 2 تا 5 سال



نمودار نمایه توده بدنی برای سن دختران 5 تا 19 سال

