

فرم های مراقبت تغذیه ای

برنامه تحول سلامت

در حوزه بهداشت

دفتر بهبود تغذیه جامعه

زمستان ۱۳۹۴

فرم های ارزیابی تغذیه ای، پی گیری و گزارش گیری

۱. فرم ارزیابی تغذیه ای موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۱)
۲. فرم مراقبت های تغذیه ای در مراجعات بعدی مراجعه کنندگان به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۲)
۳. فرم برنامه غذایی مراجعین به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۳)
۴. فرم خدمات تغذیه ای توسط پزشک (فرم شماره ۴)
۵. فرم آماری برنامه های آموزشی کارشناس تغذیه (فرم شماره ۵)
۶. فرم آماری مراجعات به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۶)
۷. فرم آماری شش ماهه خدمات تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان (فرم شماره ۷)
۸. فرم آماری سالانه مراقبت های تغذیه ای کارشناسان تغذیه مراکز جامع خدمات سلامت دانشگاه (فرم شماره ۸)
۹. برگه ارجاع و بازخورد مراقبت تغذیه ای

فرم ارزیابی تغذیه ای موارد ارجاع شده به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۱)

شماره پرونده خانوار: نام پایگاه:	شماره ملی:	امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه ای مراقب سلامت (برای افراد بالای ۶ سال):	تاریخ ارجاع توسط مراقب سلامت:
فرد ارجاع دهنده: مراقب سلامت ☐ پزشک ☐	نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: سن:	تحصیلات:
جنس: زن ☐ مرد ☐	وزن هنگام تولد (برای کودکان زیر ۶ سال):	بیماری مادرزادی: دارد ☐ ندارد ☐ اگر دارد، نام بیماری:	وضعیت فیزیولوژیک بانوان: ☐ شیرده ☐ هیچکدام ☐ باردار
وزن (کیلوگرم):	قد (سانتی متر):	نمایه توده بدنی (برای بالای ۶ سال):	دور کمر (برای بالای ۱۸ سال):
وزن مطلوب (برای همه افراد به استثنا مادران باردار و افراد زیر ۱۸ سال):	تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر):	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):	زمان تغییرات وزن اخیر (هفته / ماه):

علت ارجاع به کارشناس تغذیه:

پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	چربی خون بالا	فشار خون بالا	دیابت	چاقی	اضافه وزن
کم وزنی	کوتاه قدی	لاغری	کم خونی مادر باردار	وزن گیری نامطلوب مادر باردار	سایر شکایات شایع
مصرف مکمل ها: آهن (کودک زیر ۲ سال، نوجوان، مادر باردار و شیرده):	مولتی ویتامین/ ویتامین آ-د (کودک زیر ۲ سال):	ویتامین "د" ۵۰ هزار واحدی (نوجوان، میانسال، سالمند)	کلسیم + د (سالمند)	مولتی ویتامین مینرال حاوی ید (مادر باردار و شیرده):	اسید فولیک (مادر باردار و شیرده):
☐ بلی	☐ خیر	☐ منظم	☐ نامنظم	☐ بلی	☐ خیر
☐ بلی	☐ خیر	☐ منظم	☐ نامنظم	☐ بلی	☐ خیر
☐ بلی	☐ خیر	☐ منظم	☐ نامنظم	☐ بلی	☐ خیر
☐ بلی	☐ خیر	☐ منظم	☐ نامنظم	☐ بلی	☐ خیر

نحوه تغذیه:

• کودکان زیر ۲ سال	• انحصاری با شیر مادر ☐	شیر مصنوعی ☐	شیر دام ☐	هر دو ☐	تغذیه کمکی ☐	سن شروع: ماه
مطابقت شروع مواد غذایی با دستورعمل های کشوری: بلی ☐ خیر ☐	غذای سفره ☐	هله هوله ☐	بار مصرف در روز:	قبل از خواب ☐	عصر ☐	عادات غذایی ویژه: ..
• افراد بالای ۲ سال	وعده های غذای اصلی: صبحانه ☐ محل صرف: ناهار ☐ محل صرف: شام ☐ محل صرف: میان وعده ها: صبح ☐ عصر ☐ قبل از خواب ☐	هله هوله ☐ بار مصرف:	نوشابه ☐ بار مصرف:	فست فودها ☐ بار مصرف:	عادات غذایی ویژه: ..	...

مشکلات گوارشی:

تهوع ☐	استفراغ ☐	زخم معده یا دوازدهه ☐	اسهال ☐	یبوست ☐	اختلال بلع و جویدن غذا ☐	دندان مصنوعی ☐
حساسیت غذایی ☐	ویار بارداری ☐	ماده غذایی:	سایر موارد: ☐			

وضعیت فعالیت بدنی (بازی، پیاده روی، ورزش):

• کودکان ۱۸-۶ سال:	مدت زمان فعالیت بدنی: ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر ☐	کمتر از ۴۲۰ دقیقه در هفته ☐	بدون فعالیت بدنی هدفمند ☐
مدت زمان استفاده از تلویزیون، رایانه و دستگاه های مشابه در روز:	بزرگسالان:	مدت زمان فعالیت بدنی: ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر ☐	کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته ☐
بدون فعالیت بدنی هدفمند ☐			

سابقه بیماری/ عوامل خطر در فرد:

کلیسترول خون بالا ☐	بیماری های قلبی عروقی ☐	فشار خون بالا ☐	دیابت ☐	چاقی ☐	سرطان ☐	سایر موارد: ☐
--	--	--	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

سابقه فامیلی بیماری/ عوامل خطر:

کلیسترول خون بالا ☐	بیماری های قلبی عروقی ☐	فشار خون بالا ☐	دیابت ☐	چاقی ☐	سرطان ☐	سایر موارد: ☐
--	--	--	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

فرم مراقبت های تغذیه ای در مراجعات بعدی مراجعه کنندگان به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۲)

نام و نام خانوادگی:

تاریخ مراجعه:

شماره ملی:

شماره پرونده:

تاریخ مراجعات پس از اولین ویزیت	وضعیت پیروی از توصیه های تغذیه ای ارائه شده در مراجعه قبلی*	وضعیت پیروی از توصیه های فعالیت بدنی ارائه شده در مراجعه قبلی*	نتایج معاینات بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی	وزن (کیلوگرم)	قد (متر)	نمایه توده بدنی (کیلوگرم /متر مربع)	اقدامات

* در صورت پیروی کامل از توصیه ها، "مطلوب"، در صورت عدم پیروی از توصیه ها "نامطلوب" و در صورت پیروی نسبی از توصیه ها، "نسبتاً مطلوب" درج گردد.

فرم برنامه غذایی مراجعین به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۳)

نام و نام خانوادگی:

تاریخ مراجعه:

شماره ملی:

شماره پرونده:

چربی ها	سبزی	میوه	شیر و لبنیات	گوشت ها	نان و غلات	
..... واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	صبحانه
..... واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	میان وعده صبح
..... واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	ناهار
..... واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	عصرانه
..... واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	شام
..... واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	 واحد	قبل از خواب
توصیه های تغذیه ای:						
تاریخ مراجعه بعدی:						

نمونه برنامه غذایی روزانه

	صبحانه
	میان وعده صبح
	ناهار
	عصرانه
	شام
	قبل از خواب

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء کارشناس تغذیه :

لیست واحدها و گروه های غذایی:

گروه	واحد
گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌ای:	یک برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متری (به اندازه یک کف دست) نان سنگگ (به وزن تقریبی ۳۰ گرم) یک برش ۷ × ۷ سانتی متری نان بربری (به وزن تقریبی ۳۰ گرم) سه برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متری نان لواش (به وزن تقریبی ۳۰ گرم) یک برش نان فانتزی (به وزن تقریبی ۳۰ گرم) یک کفگیر متوسط (معادل چهار قاشق غذاخوری) برنج پخته یک کفگیر متوسط ماکارونی پخته یک کاسه کوچک (نصف لیوان) انواع حبوبات پخته یک عدد سیب زمینی متوسط پخته یک عدد چغندر متوسط پخته یک کاسه کوچک (نصف لیوان) ذرت، نخودفرنگی یا باقلای پخته دو عدد بیسکویت دیجستيو (ساقه طلایی) سه عدد بیسکویت پتی بور ساده
گروه گوشت ها:	۳۰ گرم گوشت قرمز؛ گوسفند یا گوساله (حدوداً" به اندازه یک قوطی کبریت) ۳۰ گرم گوشت مرغ (حدوداً" به اندازه یک قوطی کبریت)؛ مثلاً یک طرف سینه مرغ معادل ۴ واحد، یک عدد ران مرغ معادل سه واحد، و یک عدد ساق مرغ معادل ۲ واحد گوشت است. ۳۰ گرم گوشت ماهی ۳۰ گرم پنیر یک عدد تخم مرغ کامل دو تا سه عدد سفیده تخم مرغ ۳۰ گرم سوسیس یا کالباس
گروه شیر و لبنیات	یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) شیر یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست دو تا سه لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) دوغ
گروه میوه‌ها	یک عدد سیب قرمز یا زرد متوسط (حدوداً" به وزن ۱۰۰ تا ۱۲۰ گرم) یک عدد پرتقال متوسط، یک عدد موز متوسط، یک عدد لیمو شیرین متوسط، دو عدد نارنگی متوسط، دو عدد کیوی متوسط، ۳ عدد زردآلوی متوسط، ۴-۵ عدد انجیر متوسط، یک قاچ هندوانه، خربزه یا طالبی (به اندازه یک عدد سیب متوسط)، ۲ عدد شلیل متوسط، ۱۰ عدد گیلاس متوسط، یک عدد خوشه انگور (به اندازه یک عدد سیب متوسط)، ۳ عدد خرما متوسط نصف لیوان (حدوداً" ۱۰۰ میلی لیتر) آب میوه طبیعی، یک چهارم لیوان (حدوداً" ۵۰ گرم) میوه خشک
گروه سبزی ها:	یک عدد گوجه فرنگی یا خیار یا هویج متوسط یک عدد کدوخورشی یا بادنجان متوسط یک لیوان انواع سبزی خام یا نصف لیوان پخته نظیر سبزی خوردن، سالاد، بروکلی یا کلم یا کاهوی خرد شده
گروه چربی‌ها	یک قاشق مرباخوری انواع روغن (۵ گرم) یک قاشق مرباخوری کره (۵ گرم) یک قاشق مرباخوری مایونز (۵ گرم) یک قاشق غذاخوری خامه (۱۵ گرم) ۵-۶ عدد بادام، بادام زمینی، بادام هندی یا فندق ۲-۱ عدد گردو ۸-۷ عدد زیتون

فرم خدمات تغذیه ای توسط پزشک (فرم شماره ۴)

شماره پرونده:	شماره ملی:	تاریخ ارجاع توسط مراقب سلامت:	امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه ای مراقب سلامت (برای افراد بالای ۶ سال):
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	جنس: ☐ زن ☐ مرد	تحصیلات:
وزن هنگام تولد برای کودکان زیر ۶ سال (کیلوگرم):	وزن کنونی (Kg):	قد (Cm):	نمایه توده بدنی (برای افراد بالای ۶ سال):
دور سر کودکان زیر ۲ سال:	دور کمر (برای افراد بالای ۱۸ سال):	مقدار افزایش/ کاهش وزن اخیر (Kg):	فشار خون:

☐ فشار خون بالا ☐ دیابت ☐ هایپرلیپیدمی	☐ کودک زیر ۶ سال با وزن برای سن زیر -3SD ☐ کودک زیر ۶ سال با قد برای سن زیر -3S
☐ فرد ۶ تا ۱۸ سال با BMI برای سن بیشتر از +۱ (اضافه وزن و چاقی) ☐ فرد ۶ تا ۱۸ سال با BMI برای سن کمتر از -۲ (کم وزنی و کم وزنی شدید) ☐ فرد ۶ تا ۱۸ سال با قد برای سن کمتر از -۲ (کوتاه قدی و کوتاه قدی شدید)	
☐ جوان/میانسال با BMI ۳۰ و بالاتر ☐ جوان/میانسال با BMI نامطلوب در محدوده لاغری (۵/ ۱۸ و کمتر) ☐ میانسال با دور کمر بالاتر از ۹۰	
☐ سالمند با BMI ۳۰ و بالاتر ☐ سالمند با BMI کمتر از ۱۹ ☐ سالمند با امتیاز ۷-۰ از مراقب سلامت	
☐ مادر باردار با BMI قبل از بارداری ۲۵ و بالاتر (اضافه وزن و چاقی) ☐ مادر باردار با BMI قبل از بارداری کمتر از ۱۸/۵ ☐ مادر باردار با روند وزن گیری نامطلوب	

بازار ارجاع به پزشک:

مصرف مکمل ها:	آهن (کودک زیر ۲ سال، نوجوان، مادر باردار و شیرده):	بلی ☐ خیر ☐	منظم ☐ نامنظم ☐	نامنظم ☐
مولتی ویتامین/ ویتامین آ+د (کودک زیر ۲ سال):	بلی ☐ خیر ☐	منظم ☐ نامنظم ☐	نامنظم ☐	نامنظم ☐
ویتامین "د" ۵۰ هزار واحدی (نوجوان، میانسال، سالمند)	بلی ☐ خیر ☐	منظم ☐ نامنظم ☐	نامنظم ☐	نامنظم ☐
کلسیم + د (سالمند)	بلی ☐ خیر ☐	منظم ☐ نامنظم ☐	نامنظم ☐	نامنظم ☐
مولتی ویتامین مینرال حاوی ید (مادر باردار و شیرده):	بلی ☐ خیر ☐	منظم ☐ نامنظم ☐	نامنظم ☐	نامنظم ☐
اسید فولیک (مادر باردار و شیرده):	بلی ☐ خیر ☐	منظم ☐ نامنظم ☐	نامنظم ☐	نامنظم ☐

سابقه و نام بیماری:

سابقه و نوع داروها / مکمل های مصرفی:

در خواست آزمایشات: (جهت مادر باردار) Hb: FBS: TG: Chol: BUN: Cr: سایر آزمایشات تکمیلی:

تشخیص نهایی:

اقدامات: -

تاریخ مراجعه بعدی:

تاریخ تکمیل فرم و امضاء پزشک:

فرم آماری برنامه های آموزشی کارشناس تغذیه (فرم شماره ۵)

مرکز بهداشت شهرستان.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سال

سه ماهه

مرکز جامع خدمات سلامت.....

موضوع					مواد آموزشی / روش ارائه آموزش	تعداد ساعت آموزش	تعداد آموزش گیرندگان	مشخصات آموزش آموزش گیرندگان
سایر	موضوعات متناسب با مناسبت ها	تغذیه و بیماری ها	تغذیه در گروه های سنی مرتبط	رهنمودها و گروه های غذایی				مادران و مراقبین کودک
								دانش آموزان
								جوانان
								میانسال
								سالمندان
								مادران باردار و شیرده
								مراقبین سلامت
								کارکنان درون بخش
								کارکنان سایر سازمان ها
								فروشنندگان موادغذایی، رستوران داران، اغذیه فروش ها، متصدیان بوفه مدارس
								نانوایان
								بیماران
								سایر
								جمع کل

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز
امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه
امضاء و تاریخ تکمیل فرم

فرم آماری مراجعات به کارشناس تغذیه (فرم شماره ۶)

مرکز بهداشت شهرستان.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

سال.....

سه ماهه.....

مرکز جامع خدمات سلامت.....

جمع کل	دیس لیپیدی	فشار خون بالا	دیابت	چاقی	اضافه وزن	لاغری	کم وزنی	کوتاه قدی	کم خونی	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	علت مراجعه گروه سنی
											۶-۰ سال
											۱۸-۶ سال
											۲۹-۱۹ سال
											۵۹-۳۰ سال
											۶۰ سال به بالا
											مادر باردار
											جمع کل

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز
امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه
امضاء و تاریخ تکمیل فرم

تعداد	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	کم خونی	کوتاه قدی	کم وزنی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	دیابت	فشار خون بالا	دیس لیپیدمی
گروه سنی										
۶-+ سال										
۶-۱۸ سال										
۱۹-۲۹ سال										
۳۰-۵۹ سال										
۶۰ سال به بالا										
مادر باردار										
جمع کل										

نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه مرکز بهداشت شهرستان
امضاء و تاریخ تکمیل

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان
امضاء

فرم آماری سالانه مراقبت های تغذیه ای کارشناسان تغذیه مراکز جامع خدمات سلامت دانشگاه (فرم شماره ۸)

.....دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مشخصات آموزش	تعداد آموزش گیرندگان	تعداد ساعت آموزش	مواد آموزشی / روش ارائه آموزش	موضوع				
				رهنمودها و گروه های غذایی	تغذیه در گروه های سنی مرتبط	تغذیه و بیماری ها	موضوعات متناسب با مناسبت ها	سایر
مادران و مراقبین کودک								
دانش آموزان								
جوانان								
میانسال								
سالمندان								
مادران باردار و شیرده								
مراقبین سلامت								
کارکنان درون بخش								
کارکنان سایر سازمان ها								
فروشندهگان موادغذایی، رستوران داران، اغذیه فروش ها								
نانوایان								
بیماران								
سایر								
جمع کل								

تعداد	پایین بودن امتیاز ارزیابی الگوی تغذیه	کم خونی	کوتاه قدی	کم وزنی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	دیابت	فشار خون بالا	دیس لیپیدمی
گروه سنی										
۰-۶ سال										
۶-۱۸ سال										
۱۹-۲۹ سال										
۳۰-۵۹ سال										
۶۰ سال به بالا										
مادر باردار										
جمع کل										

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول تغذیه استان

امضاء و تاریخ تکمیل

پایگاه:

مرکز سلامت جامعه:

برگه ارجاع و بازخورد مراقبت تغذیه ای

پایگاه:

مرکز سلامت جامعه:

برگه ارجاع و بازخورد مراقبت تغذیه ای		برگه ارجاع و بازخورد مراقبت تغذیه ای	
شماره برگه:	شماره برگه:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
شماره پرونده:	شماره پرونده:	شماره ملی:	شماره ملی:
تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	جنس:	جنس:
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	امتیاز ارزیابی تغذیه ای:	امتیاز ارزیابی تغذیه ای:
تاریخ تولد:	وضعیت الگوی تغذیه	وضعیت BMI	وضعیت BMI
امتیاز ارزیابی تغذیه ای:	چاقی	کم خونی	کم خونی
علت ارجاع:	سابقه بیماری قبلی:	دارد	دارد
امتیاز الگوی تغذیه	سابقه یا مصرف فعلی دارو:	دارد	دارد
وضعیت BMI	نتیجه آزمایشات:	Hb:	Hb:
فشارخون بالا	دیس لیپیدمی	Chol:	Chol:
دیس لیپیدمی	کم وزن	BUN:	BUN:
فشارخون بالا	کم وزن	Cr:	Cr:
چاقی	کم خونی	TG:	TG:
کم خونی	کم وزن	FBS:	FBS:
کوته قندی	کوته قندی		
اقدامات و توصیه های پیش از ارجاع:			
نام و نام خانوادگی و امضا ارجاع دهنده:		تاریخ ارجاع:	
همکار ارجمند: مراجعه کننده با مشخصات فوق جهت دریافت خدمات تغذیه ای معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی اقدامات و پی گیری های آتی را به این پایگاه اطلاع دهید.			
تاریخ مراجعه به کارشناس تغذیه:			
شرح اقدامات انجام شده:			
نیاز به پی گیری: دارد			
نیاز به پی گیری: ندارد			
نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:			
نام و نام خانوادگی کارشناس تغذیه:		تاریخ و امضاء:	