



nutritionDay
worldwide

nutritionDay در مراقبت های اولیه

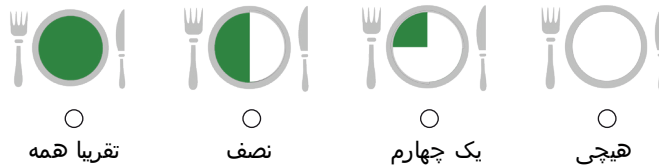
پرسشنامه

صبور

شماره بیمار
سال تولد
وزن (کیلوگرم)
قد (سنتی متر)

جنسیت زن مرد سایر

6- چه مقدار از وعده غذایی اصلی تان را بیروز خورده اید؟



1- امروز، من به دکتر مراجعه کرده ام، چون:*



- درد دارم
- احساس خستگی/ضعف دارم
- تب/سرماخوردگی دارم
- برای واکسیناسیون مراجعه کرده ام
- علائم (شکایت) جدیدی دارم
- این یک ویزیت روتین است
- من راش پوستی دارم
- سایر

7- اگر شما همه غذایان را نخورده اید، لطفاً به ما بگویید چرا؟*



- من اشتهای همیشگی ام را ندارم
- من بو / طعم غذا را دوست ندارم
- من مشکلاتی در جویدن/بلع دارم
- من گرسنه نیوم
- من اجازه خوردن ندارم
- من خیلی خسته بودم
- سایر دلایل
- برای من این سوال مصداق ندارد
- نمی دانم

2- من دچار این علائم / نشانه ها شده ام:*



- خشکی دهان
- درد بعد از وعده غذایی
- یبوست
- تهوع/ استفراغ
- دشواری در بلع/جویدن
- مشکلات دندان
- نفخ
- اسهال
- هیچکدام از موارد بالا

8- اخیراً، آیا بستری شده اید یا جراحی داشته اید؟

	بستری شده ام	جراحی شده ام
خیر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بله، در ماه گذشته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بله، در 3 ماه گذشته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بله، در 6 ماه گذشته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بله، در سال گذشته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بله، بیش از یک سال قبل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- آیا شما در 3 ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟



- بله، به صورت خواسته
- بله، به صورت ناخواسته (لطفاً مشخص کنید چه مقدار):
- 0 تا 2 کیلوگرم
- 2 تا 4 کیلوگرم
- 4 تا 6 کیلوگرم
- 6 تا 8 کیلوگرم
- < 8 کیلوگرم
- خیر، وزن من ثابت مانده است
- خیر، وزن من افزایش یافته است
- نمی دانم

9- آیا امروز قادر هستید بدون کمک راه بروید؟



- بله
- بله به طور مستقل با استفاده از عصا، واکر یا عصای زیر بغل
- خیر، تنها با کمک می توانم راه بروم
- خیر، من ویلچر استفاده می کنم

10- امروز چقدر احساس خوب بودن دارید؟

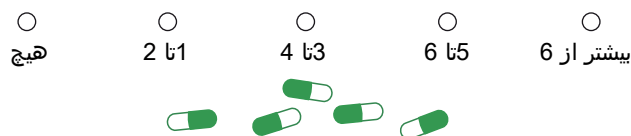


4- لطفاً مشخص کنید شما چه رژیم غذایی دارید:*



- من محدودیت های غذایی دارم
- من حساسیت غذایی دارم
- من رژیم گیاهخواری دارم
- من کم گوشت می خورم
- من غذاهای پر پروتئین می خورم
- من رژیم غذایی خاصی ندارم

11- چند دارو در روز مصرف می کنید؟



5- در هفته گذشته چه مقدار غذا خوردید؟



- بیشتر از نرمال
- نرمال
- حدود 3/4 نرمال
- حدود 1/2 نرمال
- حدود 1/4 نرمال
- نمی دانم



لطفاً این برگه کاغذی را برای پزشک خود بیاورید.

از شما برای شرکت در پروژه nutritionDay در مراقبت های اولیه سپاسگزاریم

www.nutritionDay.org

2023
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND



* انتخاب چند گزینه امکان پذیر است



nutritionDay
worldwide

nutritionDay در مراقبت های اولیه

پرسشنامه

مراقب سلامت/ دکتر

کد مراقبت اولیه

کد پزشک

(برای تمام حرفه های مراقبت های بهداشتی)

شماره بیمار

تاریخ ویزیت: (روز، ماه، سال)

ویزیت در منزل؟

رضایت بیمار

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

خیر بله

خیر بله

آخرین ویزیت در

> 2 هفته

2-4 هفته

1-3 ماه

3-12 ماه

< 1 سال

این بیمار مراجعه کرده برای:

اولین ویزیت/ بیمار جدید

مشکلات کوتاه مدت

مشکلات بلند مدت

واکسیناسیون

ویزیت منظم برای بیماری های مزمن

بررسی وضعیت سلامتی (چکاپ)

سایر

1- دلیل اصلی ویزیت چیست؟ *

تشخیص ICD-10

سیستم عصبی

سلامت روان

چشم و آدنکس

گوش و زاده ماستوئید

دستگاه گردش خون

دستگاه تنفسی

های غدد درون ریز، تغذیه ای و متابولیک

دستگاه گوارش

سیستم ادراری تناسلی

سیستم اسکلتی عضلانی و بافت همبند

پوست و بافت زیر جلدی

بیماری های عفونی و انگلی

نئوپلاسم ها

خون و ارگان های خون ساز و مکانیسم ایمنی

نای بالینی/آزمایشگاهی غیر طبیعی

ر (مانند حوادث حمل و نقل، حمله)

بارداری، زایمان و نفاس

شرایطی که در دوره پری ناتال ایجاد می شود

ناهنجاری های مادرزادی / کروموزومی

جراحی، مسمومیت

وضعیت سلامت و تماس با خدمات سلامت

سایر عوارض همراه

2- بیمار شما کدامیک از شرایط/عوارض همراه را دارد؟ *

عوارض همراه خاص

بیماری عروق مغزی

دمانس

اختلال افسردگی مازور

اختلال ذهنی مزمن

سکتة قلبی

نارسایی قلبی

بیماری مزمن ریوی

بیماری مزمن کبدی

بیماری مزمن کلیوی

بیماری/مشکلات دستگاه گوارش

بیماری/مشکلات مجاری ادراری

بیماری عصبی-عضلانی

آرتریت

مشکلات پوستی

بیماری عروق محیطی

درد

خستگی

عفونت

فشارخون بالا

دیابت

چربی خون بالا

بیماری اندوکراین

سرطان (فعال)

سابقه سرطان

بیماری مزمن دیگر

عوارض همراه عمومی

سایر بیماری های همراه

عوارض همراه ندارد

3- تغذیه درمانی

برنامه ریزی شده

در دست اقدام

غذای معمولی

غذای غنی شده

مکمل های پروتئین/انرژی (مثل ONS)

تغذیه انترال

تغذیه پرترال

رژیم خاص

مشاوره تغذیه

4- برنامه ریزی مراحل بعدی در نوتریشن دی *

تجویز برنامه پزشکی جدید

مرخصی استعلاجی از محل کار

ارجاع به متخصص

ارجاع به مشاور تغذیه

ارجاع به فیزیوتراپی

ارجاع به بیمارستان

برنامه ریزی مراقبت طولانی مدت

درخواست تست های آزمایشگاهی/تست های خاص

مرحله بعدی برنامه ریزی نشده است

برنامه ریزی ویزیت بعدی

5- پیامد بیمار 6 ماه بعد از nutritionDay

تعداد مراجعه به پزشک مراقبت های اولیه

از جمله ایمیل و تماس های تلفنی

تعداد بستری شدن در بیمارستان

شروع تغذیه درمانی

تغذیه انترال

تغذیه پرترال

مکمل های تغذیه خوراکی

رژیم خاص

مشاوره تغذیه

پذیرش در مراقبت های طولانی مدت

حل شدن مشکل سلامتی

پیگیری بیمار لازم نمی باشد

پیگیری بیمار ممکن نیست

درمان مداوم/دیگر

مرگ

از شما برای شرکت در پروژه nutritionDay در مراقبت های اولیه سپاسگزاریم

www.nutritionDay.org

2023
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND



* انتخاب چند گزینه امکان پذیر است