

نحوه ارزیابی وضعیت تغذیه ای کودکان بستری در بیمارستان های کشور در برنامه کشوری

دکتر پریسا ترابی

گروه تغذیه بالینی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

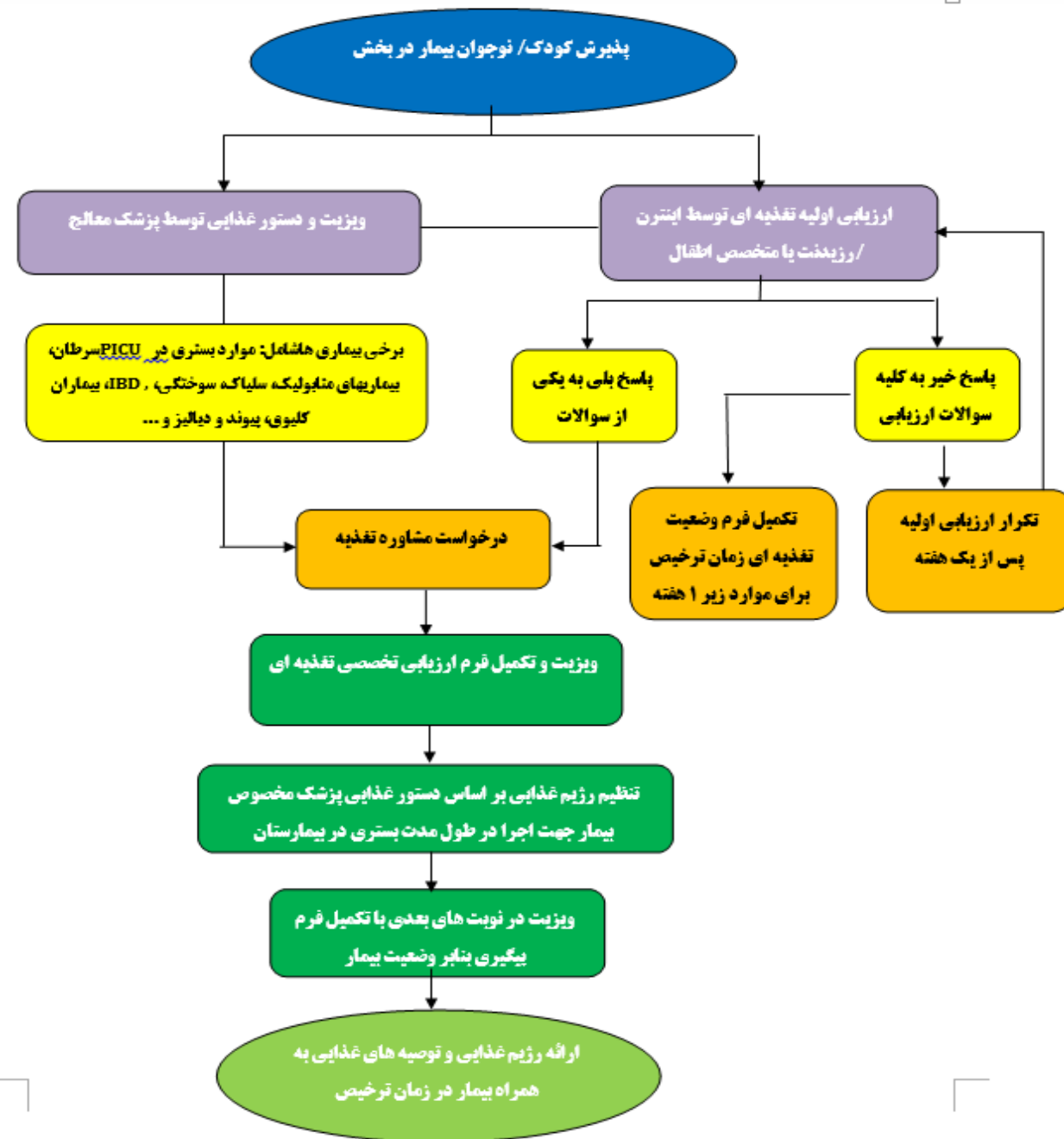
الزامات و نکات مهم برای بهبود تغذیه کودکان بستری در بیمارستان ها

- تعامل بین مشاور تغذیه و پزشک برای اطلاع از روند درمان و تشخیص نهایی بیماری
- تقویت بنیه علمی مشاورین تغذیه بیمارستانها همسوبا ارتقاء برنامه های حمایت از بیمار
- تدوین پروتکل های تغذیه در بیماریهای کودکان
- اجرای منظم برنامه های آموزش مداوم در حوزه تغذیه کودکان برای مشاورین تغذیه بیمارستانی
- توجه و حساسیت تنظیم رژیم غذایی برای کودکان بستری
- توجه و حساسیت تهیه و تدارک غذای کودکان بیمار بستری در بیمارستان ها
- و ...

اهداف طراحی فرم

- الف) شناسایی کودکان و نوجوانان مبتلا به سوء تغذیه در بدو بستری
- ب) شناسایی کودکان و نوجوانان با ریسک متوسط و بالای ابتلا به سوء تغذیه در بدو بستری
- پ) بهبود دریافت غذایی کودک و نوجوان
- ج) پیشگیری از بروز سوء تغذیه در کودکان و نوجوانان هنگام بستری
- د) پیگیری و ویزیت مجدد بیماران مبتلا به سوء تغذیه در طول بستری و هنگام ترخیص
- و) تعیین میزان تغییرات مشاهده شده در شاخص های آنتروپومتریک بین زمان بستری و زمان ترخیص از بیمارستان

فلوجارت مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان



فرم ارزیابی اولیه کودک

INITIAL PEDIATRIC ASSESSMENT SHEET

وزن (Kg):	قد (Cm):	زده اسکور وزن برای قد در کودکان زیر ۵سال:	زده اسکور نمایه توده بدنی در کودکان بالای ۵سال:
<p>غربالگری سوء تغذیه</p> <p>در کودکان زیر ۵سال: زده اسکور وزن برای قد کمتر از ۲-: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> / در کودکان بالای ۵سال: زده اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲-: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نوع تغذیه: شیر مادر <input type="checkbox"/> شیر خشک <input type="checkbox"/> نوع شیر خشک تغذیه تکمیلی <input type="checkbox"/> غذای خانواده <input type="checkbox"/></p> <p>مکملهای مورد استفاده: مولتی ویتامین / Vit A&D <input type="checkbox"/> مکمل آهن <input type="checkbox"/> سایر مکملها: </p> <p>ابتلا به یکی از بیماریهای شناخته شده: سوء تغذیه <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> بیماریهای کلیوی <input type="checkbox"/> سلیاک <input type="checkbox"/> بیماریهای مادرزادی <input type="checkbox"/></p> <p>بیماری های متابولیک <input type="checkbox"/> بیماریهای گوارشی <input type="checkbox"/> * رژیم غذایی خاص: </p> <p>نتیجه ارزیابی: * ویزیت و مشاوره تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است <input type="checkbox"/></p> <p>* درخواست مشاوره تغذیه بدلیل ابتلا به یکی از بیماریهای فوق یا زده اسکور کمتر از ۲- در هر گروه سنی لازم است.</p>			

Professional Nutrition Assessment Form for Children 1-60 months

Attending Physician:	یزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

سن (به ماه):	جنس: <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر
شکل پدر:	شکل مادر:
سابقه افراد خانواده:	سابقه فرزندان خانواده:
علت بستری کنونی بر اساس نظر پزشک معالج:	نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج: NPO <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/>
سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> نوع:	سابقه مکمل های مورد استفاده:
تداخلات دارو های مصرفی بیمار با نتایج خاص: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	

اطلاعات شاخص های تن سنجی:	
وزن هنگام تولد (کیلوگرم)	قد هنگام پذیرش (سانتی متر):
وزن هنگام پذیرش (کیلوگرم)	Height
Z Score وزن برای قد	اندازه دور وسط بازو برای سن (MUAC):
اشتهای کودک (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر: <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بد	

بیماری زمینه ای:	
علل سوء تغذیه حاد:	
<input type="checkbox"/> اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو هفته روز گذشته	<input type="checkbox"/> استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو هفته روز گذشته
<input type="checkbox"/> داشتن رژیم غذایی خاص قبل از بستری داشته است	<input type="checkbox"/> کاهش دریافت غذایی در طول چند روز قبل از بستری
<input type="checkbox"/> سایر علل:	

آزمایش های لازم برای پیگیری:	
The Laboratory Test Needed for Follow up	
طریقه بندی سوء تغذیه بر اساس بررسی وضعیت موجود بیمار:	<input type="checkbox"/> سوء تغذیه حاد <input type="checkbox"/> سوء تغذیه مزمن
تیم های تغذیه ای:	آتری: پروتئین: مکمل:
رژیم غذایی:	

توصیه ها و پرهیز های غذایی به همراه (مادر) بیمار:	

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:	نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:
Dietitian's Name / Signature Stamp	Physician's Name / Signature Stamp
تاریخ تکمیل فرم:	تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده
Date of Form Filling	Date of Form Approving

فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای کودکان بستری 1

تا 60 ماه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی: **University of Medical Science:**

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: **Medical Center:**

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری (۱۶-۵ سال) - ویژه کارشناس تغذیه

Nutrition Assessment Form for Children 5 - 19 y

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

سن (به سال):	جنس: <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر
شغل پدر:	شغل مادر:
تعداد افراد خانواده:	تعداد فرزندان خانواده:
علت بستری کنونی بر اساس نظر پزشک معالج:	نحوه تغذیه بیمار بستری: <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> PPN
سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع:	سج تکمیل های مورد استفاده:
تداخلات داروهای مصرفی بیمار یا نتایج خاص: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	

اطلاعات شاخص های تن سنجی:	
وزن هنگام پذیرش (کیلوگرم):	weight
قد هنگام پذیرش (سانتی متر):	Height
نمایه BMI برای سن:	Z Score نمایه BMI بدنی:

اشتهای بیمار بنا به اظهارات مادر: خوب متوسط بد

بیماری زمینه ای:

عمل سوء تغذیه حاد: اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو هفته روز گذشته استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو هفته روز گذشته کاهش دریافت غذایی در طول چند روز قبل از بستری داشتن رژیم غذایی خاص قبل از بستری داشته است

آزمایش های لازم برای پیگیری: **The Laboratory Test Needed for Follow up**

طبقه بندی سوء تغذیه بر اساس بررسی وضعیت موجود بیمار: سوء تغذیه حاد سوء تغذیه مزمن

تیاژ های تغذیه ای: انرژی: پروتئین: مکمل:

رژیم غذایی:

توصیه ها و پرهیز های غذایی به همراه (مادر) بیمار:

تأم و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:	تأم و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:
Dietitian's Name (Signature/Stamp)	Physician's Name (Signature/Stamp)
تاریخ تکمیل فرم:	تاریخ رویت فرم تکمیل شده:
Date of Form Filling	Date of Form
	Approving

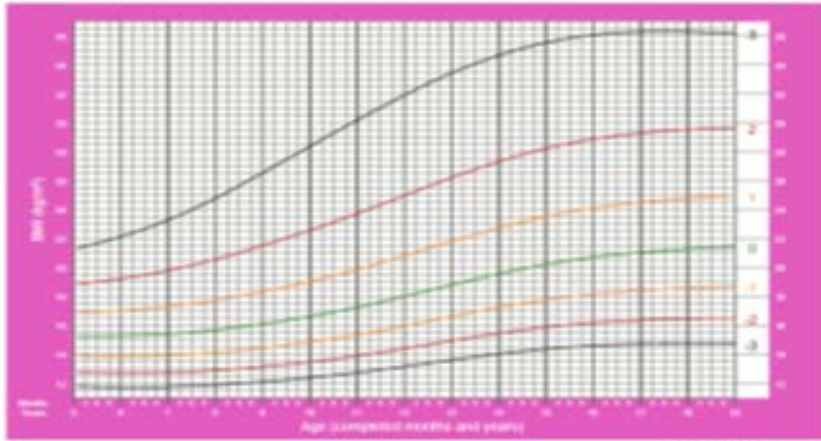
فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای کودکان بستری 5

تا 19 سال

نمودارهای رشد و وزن کسری کودکان کمتر از 5 سال و 5 سال و بالاتر

BMI-for-age GIRLS

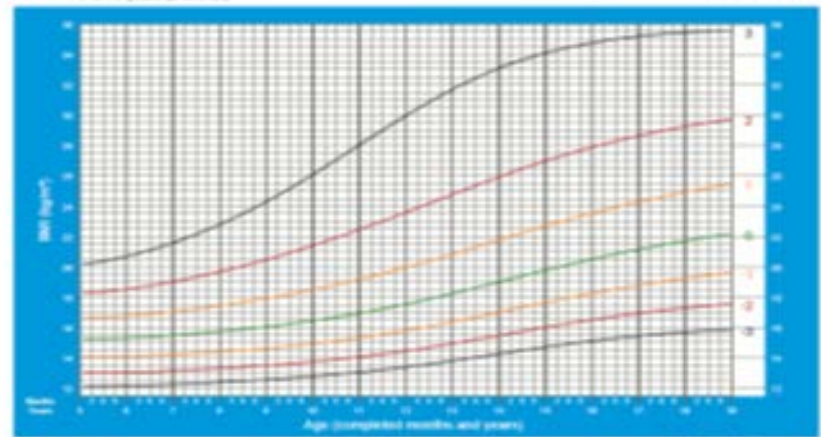
5 to 19 years (z-scores)



ZEP WHO Reference

BMI-for-age BOYS

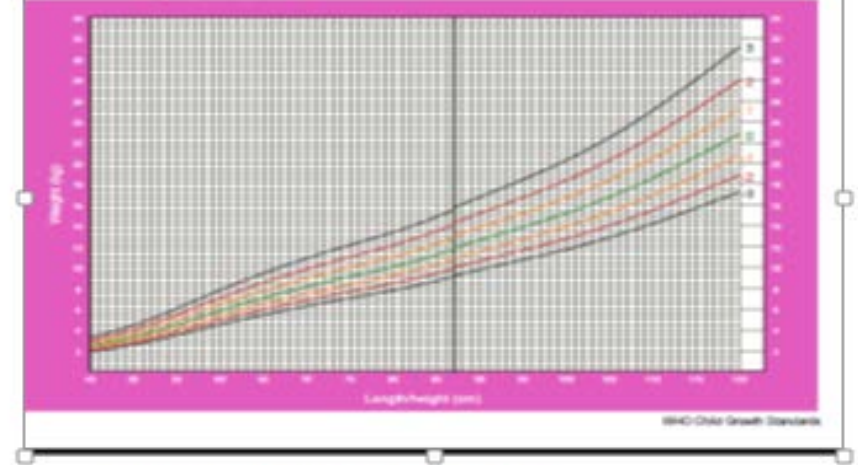
5 to 19 years (z-scores)



ZEP WHO Reference

Weight-for-length/height GIRLS

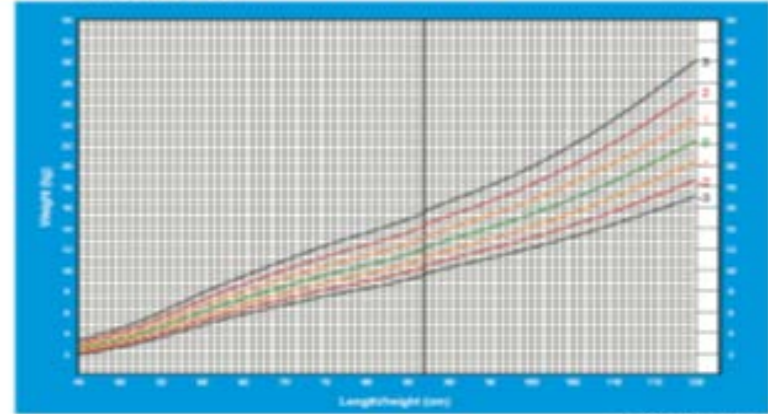
Birth to 9 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-length/height BOYS

Birth to 9 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards



نحوه ارزیابی عملکرد پرستار، پزشک و کارشناس تغذیه در خصوص

تغذیه کودکان بستری در بیمارستان از دیدگاه برنامه اعتبار بخشی بیمارستان ها

ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.	۲۳	۱	ب
--	----	---	---

سنجه ۵. ارزیابی وضعیت تغذیه اطفال، براساس منحنی های رشد، توسط کارشناس تغذیه صورت پذیرفته و در پرونده وی ثبت می‌شود

سطح سنجه		ایده آل <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	الزامی <input type="checkbox"/>
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
بررسی مستند و مصاحبه	۱	ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی برای اطفال* با استفاده از منحنی های رشد توسط کارشناس تغذیه**		
بررسی مستند و مصاحبه	۲	تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک با ثبت و مهر و امضا در پرونده بیمار		
بررسی مستند و مصاحبه	۳	نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده برای اطفال		

*محدوده سنی اطفال از ۱ ماهگی تا ۱۴ سال تمام می‌باشد.

**برای تمام کودکان مبتلا به ۵ بیماری سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک و در سایر موارد با تشخیص پزشک معالج، رژیم غذایی تنظیم می‌شود.

تکنیک های ارزیابی و توصیه های آموزشی

در کلیه موارد، مشاوره تغذیه کودکان بستری با درخواست مشاوره پزشک معالج و در نظر گرفتن اولویتهای تعیین شده در این استاندارد صورت می گیرد.

توجه ۱: ارائه کارت مراقبت کودک توسط مادر، به کارشناس تغذیه در ارزیابی بهتر کودک کمک کننده خواهد بود.

توجه ۲: بیماریهای اولویت دار کودکان برای مشاوره تغذیه در این استاندارد عبارتند از: بیماران مبتلا به سوء تغذیه (مانند بیماریهای گوارشی)، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک و سایر موارد با تشخیص پزشک معالج است.

توجه ۳: تعدادی از بیماریهای مادرزادی و متابولیک شایع نیازمند مشاوره تغذیه عبارتند از: فنیل کتونوریا، اختلالات اسیدهای آمینه مانند بیماری شربت افرا، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی اختلال، متابولیسم سیکل اوره، اختلالات اکسیداسیون اسیدهای چرب، گالاکتوزمی، بیماریهای ذخیره گلیکوژن و ...

توجه ۴: تا زمان ابلاغ فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای کودکان بیمار، ملاک ارزیابی و مشاوره تغذیه این بیماران، درج رژیم غذایی دقیق و روشن و توصیه های تغذیه ای در فرم شماره ۵ می باشد. پس از ابلاغ فرم تخصصی تغذیه ای ویژه کودکان بیمار، لازم است این فرم با درج رژیم غذایی بیمار در آن، به فرم شماره ۵ ضمیمه شده باشد.

توجه ۵: پس از ابلاغ فرم تخصصی تغذیه ای کودکان، لازم است این فرم در پرونده کودک نیازمند مشاوره تغذیه با درج مهر و امضای پزشک قرار گرفته و رویت گردد.

پرسش / مصاحبه:

- با پرستار در خصوص اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه در موارد درخواست مشاوره تغذیه از سوی پزشک
- با پرستار در خصوص اطلاع رسانی به پزشک در راندهای روزانه بخش، در خصوص موارد در معرض سوء تغذیه در ارزیابی اولیه
- با پزشک در خصوص اطلاع از بیماریهای نیازمند مشاوره تغذیه (بیماریهای ۱۸ گانه)
- با پزشک در خصوص پوشش مشاوره تغذیه بیماریهای ۱۸ گانه

شواهد و مستندات:

- « فرم ارزیابی اولیه پرستار » تکمیل شده در قسمت غربالگری سوء تغذیه بیماران بستری
- مستندات معرفی بیمار به پزشک بعنوان مورد در معرض سوء تغذیه نیازمند مشاوره تغذیه
- فرم درخواست مشاوره تغذیه (فرم شماره ۵) تکمیل شده توسط پزشک، در ۱۸ بیماری نیازمند مشاوره تغذیه
- فرم درخواست مشاوره تغذیه (فرم شماره ۵) تکمیل شده توسط کارشناس تغذیه، در ۱۸ بیماری نیازمند مشاوره با درج خلاصه رژیم غذایی
- فرم ارزیابی تخصصی تغذیه در ۱۸ بیماری نیازمند مشاوره حاوی رژیم غذایی کامل تنظیم شده برای بیمار
- دستور غذایی پزشک در پرونده کلیه بیماران در کلیه بخش ها

چالش‌ها

- نبود کارشناس تغذیه در راندهای روزانه در بخشها در کنار اعضای تیم درمان
- عدم انجام ارزیابی اولیه تغذیه ای بطور کامل توسط پرستاران بخش
- عدم اطلاع رسانی بموقع به کارشناس تغذیه در خصوص معرفی موارد جدید بستری شده نیازمند مشاوره
- عدم همکاری پزشکان در تکمیل فرم درخواست مشاوره تغذیه در بیماریهای نیازمند مشاوره تغذیه
- عدم ارائه مشاوره تغذیه توسط کارشناسان تغذیه بیمارستان بعلت کمبود تعداد کارشناس به نسبت تعداد تخت بستری

با تشکر از توجه شما