



nutritionDay
worldwide

در بیمارستان nutritionDay

پرسشنامه

صفحه مربوط به بیمارستان



تاریخ

کد مرکز

1. تعداد کل تخت های بیمارستان

2. تعداد کل بیماران پذیرش شده در بیمارستان طی یک سال گذشته

3. تعداد کل کارکنان بیمارستان

تعداد کل معادل تمام وقت

کل پزشکان
پزشکان متخصص
پزشکان عمومی
پرستاران
رژیم درمانگر (Dieticians)
متخصصان تغذیه (Nutritionists)
داروسازان
کارکنان آشپزخانه

تعداد کل	معادل تمام وقت

4. آیا بیمارستان استراتژی مراقبت تغذیه ای دارد؟

بله خیر نمی دانم

5. کدام یک از استانداردهای مرتبط با تغذیه یا فعالیتهای روتین در بیمارستان شما وجود دارد؟

- آموزش تغذیه ای در دسترس است
- کمیته تصمیم گیری در مورد تغذیه موجود است
- شاخص های کیفیت ثبت و در سطح ملی یا منطقه ای گزارش می شوند
- شاخص های کیفیت برای معیارهای داخلی استفاده می شود
- باز خورد بیمار در مورد غذا و خدمات غذایی با استفاده از پرسشنامه جمع آوری می شود

6. در بیمارستان به طور معمول کدام کدها در اهداف شما برای پرداخت صورتحساب و بازپرداخت در دسترس هستند؟

اطلاعاتی در مورد صورتحساب / تامین مالی / کنترل در دسترس نیست

	کدها در دسترس هستند	کدهایی که به طور معمول استفاده می شوند	نمی دانم
حمایت تغذیه ای	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مکمل های تغذیه ای دهانی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تغذیه پرنترال (وریدی)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تغذیه انترال (روده ای)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مشاوره رژیمی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مداخلات رژیمی خاص	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
غربالگری برای سوء تغذیه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
خطر سوء تغذیه	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سوء تغذیه (بطور کلی)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
شدت سوء تغذیه (یعنی خفیف ، متوسط ، شدید)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

با تشکر!

برای شرکت در nutritionDay در بیمارستان متشکریم!

www.nutritionDay.org

2024
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND





تاریخ

کد مرکز

کد بخش

1a. تخصص اصلی (فقط یک مورد انتخاب شود)

پزشکی داخلی

- بخش داخلی / عمومی
- بخش داخلی / قلب و عروق
- داخلی / گوارش و کبد
- داخلی / سالمندان
- داخلی / بیماری های عفونی
- داخلی / کلیه
- داخلی / انکولوژی (شامل رادیوتراپی)

جراحی

- جراحی / عمومی
- جراحی / قلب / عروق / توراکی
- جراحی / جراحی مغز و اعصاب
- جراحی / ارتوپدی
- تروما
- اورولوژی
- چاقی (باریاتریک)

گوش، حلق و بینی

- زنان و زایمان
- نورولوژی
- روانپزشکی
- اطفال
- بین رشته ای
- مراقبت بلند مدت
- مراقبت های بیمارستانی در خانه
- سایر

1b. فقط برای بخش های جراحی

الف) آیا ERAS انجام می دهید؟*

- بله
- خیر
- نمی دانم

ب) آیا پروتکل ERAS دارید؟

-
-
-

ج) آیا تیم ERAS دارید؟

-
-
-

د) آیا نتایج یا عملکرد ERAS خود را میزنی می کنید؟

-
-
-

2. تعداد بیماران ثبت شده در شیفت ظهر

3. ظرفیت کلی تخت های بخش

4. تعداد همه کارکنان بخش در شیفت صبح امروز (کارکنان از هر نوع، به جز کارکنان موقت و نظافت چیان)

آموزش دیده

در حال آموزش

پزشک

دانشجوی پزشکی

پرستار

کمک پرستار

رژیم درمانگر

متخصص تغذیه

کارکنان پذیرش

سایر کارکنان درگیر در مراقبت از بیمار

آموزش دیده	در حال آموزش

5. آیا تیم حمایت تغذیه ای در بیمارستان شما در دسترس است؟

- بله
- خیر
- نمی دانم

6. آیا این بخش استراتژی مراقبت تغذیه ای دارد؟

- بله
- خیر
- نمی دانم

7. آیا شخصی به عنوان مسئول مراقبت تغذیه ای در بخش شما وجود دارد؟

- بله
- خیر
- نمی دانم

8. آیا برای بخش شما کارشناس یا متخصص تغذیه در دسترس است؟

- بله
- خیر
- نمی دانم

9. در بین کارکنان بخش آیا شخصی به عنوان مسئول کمک به غذا دادن در بیماران در طول وعده های غذایی وجود دارد؟

- بله
- خیر
- نمی دانم

10. به طور عمده چطور بیماران را برای سوء تغذیه غربالگری یا مانیتور می کنید؟ (در هر ستون فقط یک گزینه را علامت بزنید)

در هنگام پذیرش

- غربالگری روتین نداریم
- هیچ معیار ثابتی نداریم
- فقط از طریق تجربه و ارزیابی بصری
- فقط وزن کردن / شاخص توده بدنی
- پرسشنامه Nutritional Risk Screening (NRS) 2002
- پرسشنامه MUST Malnutrition Universal Screening Tool
- پرسشنامه MUST Malnutrition Screening tool
- پرسشنامه SNAQ Short Nutritional Assessment Questionnaire
- سایر ابزار های قراردادی

در زمان بستری در بیمارستان

- بدون غربالگری روتین
- هیچ معیار ثابتی نداریم
- فقط از طریق تجربه و ارزیابی بصری
- فقط وزن کردن / شاخص توده بدنی
- سایر ابزار های قراردادی

لطفاً با ورق زدن ادامه دهید 1b



nutritionDay
worldwide

nutritionDay در بیمارستان

پرسشنامه

صفحه مربوط به بخش 1b



تاریخ

کد مرکز

کد بخش

11a. آیا به طور روتین از گایدلاین ها یا استانداردهای مراقبت تغذیه ای استفاده می کنید؟

بله خیر

11b. اگر بله ، از کدام یک عمدتاً استفاده می شود؟

- گایدلاین های بین المللی ایستادهای در سطح بیمارستان برنامه های مراقبت تغذیه ای فردی بیمار
- گایدلاین های ملی استانداردهای در سطح بخش سایر

12. در بخش شما برای گروههای بیماران به طور روتین چه کارهایی انجام می شود؟ (همه موارد انجام شده را علامت بزنید.)

	هیچ	هر بیمار	دارای سوء تغذیه	در خطر سوء تغذیه
تحت نظردون درمان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بحث کردن در مورد فعالیت های مراقبت تغذیه ای در طول راندهای بخش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ایجاد یک برنامه مراقبت تغذیه ای ویژه فرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شروع درمان / مداخله تغذیه ای	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشاوره با یک متخصص تغذیه (کارشناس تغذیه، رژیم درمان گر و ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشورت با یک پزشک متخصص	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
محاسبه نیازهای انرژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
محاسبه نیازهای پروتئین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. به طور معمول چه زمانی بیماران خود را وزن می کنید؟ (همه موارد انجام شده را علامت بزنید.)

- در زمان پذیرش طی 24 ساعت هر هفته در هنگام ترخیص
- طی 48 ساعت گاهی اوقات هرگز
- طی 72 ساعت در صورت درخواست

14. برای حمایت از دریافت مقدار کافی غذا توسط بیماران چه می کنید؟ (همه موارد انجام شده را علامت بزنید.)

- ارائه وعده های اضافه یا اسنک های میان وعده اطمینان حاصل کردن از مختل نشدن زمان مصرف غذا / سیاست های حفاظت از زمان مصرف غذا
- ارائه حق انتخاب غذا ارتقاء شرایط محیطی صرف غذا
- ارائه غذا با حجم های مختلف در نظر گرفتن اولویت های فرهنگی / مذهبی
- در نظر گرفتن نحوه ی ارائه ی غذا در نظر گرفتن آلرژی ها / عدم تحمل های غذایی بیمار
- تغییر یافت / قوام غذا در صورت لزوم سایر
- در نظر گرفتن مشکلات خوردن و آشامیدن بیمار

15. کدام یک از استانداردهای مرتبط با تغذیه یا فعالیتهای روتین در بخش شما وجود دارد؟ (همه موارد انجام شده را علامت بزنید.)

- آموزش تغذیه ای در دسترس است
- گزارش اطلاعات مرتبط با تغذیه به مدیران بیمارستان
- شاخص های کیفیت در سطح ملی یا منطقه ای ثبت و گزارش می شوند
- شاخص های کیفیت برای سنجش های داخلی استفاده می شود
- باز خورد بیمار در مورد غذا و خدمات غذایی با استفاده از پرسشنامه جمع آوری می شود

16. در هنگام پذیرش چه چیزی پرسیده و ثبت می شود؟ (همه موارد انجام شده را علامت بزنید.)

- تغذیه قبل از بستری عادات و مشکلات غذا خوردن تغییر در وزن

17a. پرونده بیمار دارای بخشی است که نشان می دهد...

- بیمار مبتلا به سوءتغذیه یا در خطر سوءتغذیه است
- درمان تغذیه ای برای بیمار انجام شده
- نمی دانم

17b. ... نام ترخیص شامل...

- درمان تغذیه ای دریافت شده طی مدت بستری است.
- توصیه های تغذیه ای آینده است.
- نمی دانم

18. آیا بروشورهایی در مورد سوءتغذیه به بیماران مبتلا یا در معرض سوءتغذیه ارائه می دهید؟

بله خیر

19. چه کسی این صفحه را پر کرده است؟ (همه موارد انجام شده را علامت بزنید.)

- سرپرست بخش پرستار کارکنان پذیرش
- کارشناس یا متخصص تغذیه پزشک سایر

با تشکر!

برای شرکت در nutritionDay در بیمارستان متشکریم!

www.nutritionDay.org

2024
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND





تاریخ

شماره بیمار

رضایت بیمار

بله

خیر

لطفاً فقط در صورت رضایت بیمار، ادامه دهید!

تاریخ پذیرش

سال تولد

این پذیرش در بیمارستان .

- برنامه ریزی شده بود
- اوزانسی بود
- نمی دانم

جنس

خانم

آقا

سایر

وزن

کیلوگرم
 سانتی متر

تخمین زده شده است

تخمین زده شده است

اندازه گیری شده است

اندازه گیری شده است

1. تشخیص در هنگام پذیرش (همه موارد شامل شده را علامت بزنید)
2. دلیل اصلی پذیرش (فقط یکی از کدهای بالا را علامت بزنید)
3. این بیمار کدام یک از شرایط / عوارض همراه زیر را دارد؟ (همه موارد شامل شده را علامت بزنید)

(1) همراه تشخیص ICD-10

- 0600 سیستم عصبی
- 0500 سلامت روانی
- 0700 چشم و آدنکس
- 0800 گوش و زائده ماستوئید
- 0900 دستگاه گردش خون
- 1000 دستگاه تنفسی
- 0400 بیماری های اندوکراین، تغذیه ای و متابولیک
- 1100 دستگاه گوارش
- 1400 دستگاه ادراری تناسلی
- 1300 سیستم عضلانی- اسکلتی و بافت همبند
- 1200 پوست و بافت زیر پوستی (ساب کوتانه)
- 0100 بیماری های عفونی و انگلی
- 0200 نتوپلاسم
- 0300 خون، ارگان های خون ساز و مکانیسم ایمنی
- 1800 نشانه ها ، علائم ، یافته های غیر طبیعی بالینی / آزمایشگاهی
- 2000 علل خارجی منجر به عارضه و مرگ و میر (به عنوان مثال تصادف، مورد حمله قرار گرفتن)
- 1500 بارداری ، زایمان و دوره نفاس
- 1600 شرایط ناشی از دوره ی پره ناتال
- 1700 ناهنجاری مادرزادی / کروموزومی
- 1900 جراحی ، مسمومیت
- 2100 فاکتورهای موثر بر وضعیت سلامت و ارتباط با سرویس های سلامت
- هیچ یک از موارد فوق

(2) بیماری های همراه خاص

- بیماری عروق مغزی
- دمانس
- اختلال افسردگی مازور
- اختلالات روانی مزمن
- سکنه ی قلبی
- نارسایی قلبی
- بیماری مزمن ریوی
- بیماری مزمن کبدی
- بیماری مزمن کلیوی
- بیماری / مشکلات دستگاه گوارش
- بیماری / مشکلات اورولوژیکی
- بیماری عضلانی اسکلتی
- آرتریت
- مشکلات پوستی
- بیماری عروق محیطی

بیماری های همراه کلی

- درد
- خستگی
- عفونت
- دیابت
- فشار خون
- هایپرلیپیدمی
- بیماری غدد درون ریز
- سرطان (فعال)
- سابقه سرطان
- بیماری مزمن دیگر

سایر بیماری های همراه

- بدون عوارض

4. آیا در این دوره بستری در بیمارستان (تاکون) پذیرش در ICU داشته است ؟ بله خیر نمی دانم

5. آیا این بیمار، بیمار حاد و درحال مرگ است ؟ بله خیر نمی دانم

6. وضعیت مایعات (امروز) معمولی (Overloaded) بیش از حد کم آب (دهیدراته) نمی دانم

7. تعداد داروهای مختلف ریزی شده (امروز) خوراکی سایر

8. آیا این بیمار، مبتلا به سوء تغذیه یا در معرض سوء تغذیه شناسایی شده است ؟ مبتلا به سوء تغذیه در خطر سوء تغذیه خیر نمی دانم

لطفاً با ورق زدن ادامه دهید 2b



تاریخ

شماره بیمار

محلول گلوکز 5 درصد محلول الکترولیت (سدیم کلرید ، رینگر لاکتات و غیره) دریافت مایعات وریدی (امروز) 9.

تعداد نوشیدنی های مکمل یاری تغذیه ای دهانی (ONS) برنامه ریزی شده (امروز) 10.

دریافت غذایی (امروز) (برای هر سوال یک جواب انتخاب کنید) 11.

	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نمی داند <input type="radio"/>
غذای معمول بیمارستان	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
غذای غنی سازی شده بیمارستان	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
رژیم غذایی خاص	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مکمل انرژی/ پروتئین (مثل نوشیدنی های ONS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تغذیه انترال	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
تغذیه پراترال	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

همه ی مسیرها و لوله ها (امروز) (برای هر سوال یک جواب انتخاب کنید) 12a.

	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نمی داند <input type="radio"/>
ورید های مرکزی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ورید های محیطی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مسیر بینی-معدي (نازوکاستریک)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مسیر بینی-ژنوم (نازو ژنال)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مسیر بینی-دئودنوم (نازو دئودنال)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
استومی های روده ای (انتروستوما)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
گاستروستومی آندوسکوپیک یا جراحی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ژژنوستومی آندوسکوپیک یا جراحی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

آیا از زمان بستری عوارضی مرتبط با مسیرها و لوله های تغذیه ای ایجاد شده است؟ (عفونت/ انسداد) 12b.

بله ، قبلاً بله ، در حال حاضر خیر نمی داند

اگر از زمان بستری هر یک از اقدامات زیر برای این بیمار انجام شده است لطفاً علامت بزنید 13.

	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نمی داند <input type="radio"/>
نیازهای انرژی تعیین شده بود	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
نیازهای پروتئین تعیین شده بود	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
دریافت غذایی/ تغذیه ای در پرونده بیمار ثبت شده بود	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
برنامه تغذیه درمانی ایجاد شده بود	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
مشاوره با کارشناس یا متخصص تغذیه انجام شده بود	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
وضعیت سوءتغذیه در پرونده ی بیمار ثبت شده بود	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

انرژی هدف (دیروز) 14a.

- < 500 کیلو کالری
- 500-999 کیلو کالری
- 1000-1499 کیلو کالری
- 1500-1999 کیلو کالری
- ≥ 2000 کیلو کالری
- تعیین نگردیده است
- نمی داند

یا لطفاً وارد نمایید
 کیلوگرم/ کیلو کالری

دریافت انرژی (دیروز) 14b.

- < 500 کیلو کالری
- 500-999 کیلو کالری
- 1000-1499 کیلو کالری
- 1500-1999 کیلو کالری
- ≥ 2000 کیلو کالری
- تعیین نگردیده است
- نمی داند

یا لطفاً وارد نمایید
 کیلوگرم/ کیلو کالری

از زمان پذیرش تاکنون، وضعیت سلامتی این بیمار... 15.

- بهتر شده است
- بدتر شده است
- تغییری نکرده است
- این بیمار به تازگی بستری شده است
- نمی داند



nutritionDay
worldwide

در بیمارستان nutritionDay

پرسشنامه / پرسشنامه جراحی

در مورد بیمار شما / صفحه 2c



تاریخ

شماره بیمار

فقط بیماران جراحی!

16a. آیا در این دوره بستری در بیمارستان (تاکون) جراحی داشته است؟

بله، با برنامه قبلی

بله، حاد

تعداد روزهای گذشته از جراحی

خیر

16b. آیا برنامه جراحی در طول این بستری در بیمارستان (از این به بعد) وجود دارد؟

بله، امروز یا فردا

بله، دیرتر

خیر

17. نوع جراحی (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)

جراحی بلافاصله بعد از پذیرش (حاد)

برنامه ریزی شده پس از پذیرش برنامه ریزی نشده

برنامه ریزی شده پس از پذیرش برنامه ریزی شده

هیچ یک از موارد فوق

نمی دانم

غیر قابل اجرا (NA)

18. رویکرد جراحی (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)

جراحی باز شامل جراحی converted

جراحی کم تهاجمی (لاپاروسکوپی، رباتیک و غیره)

19. طول مدت جراحی

جراحی جزئی (<1 ساعت)

جراحی بزرگ (>1 ساعت)

20. ارگان اصلی مورد جراحی / روش جراحی، برنامه ریزی شده یا انجام شده (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)

مری

معده

کبد

پانکراس

کولورکتال

زائمان

انکولوژی زنان

اروولوژی

انکولوژی اورولوژی

سیستم تنفسی

جراحی چاقی

تعویض مفصل ران

تعویض مفصل زانو

ریه

قلبی

عروقی

سایر

نمی دانم

21. اندیکاسیون استفاده از درمان تغذیه ای (فقط یک گزینه را انتخاب کنید)

اندیکاسیون ندارد

پیش بینی ناشتایی طولانی مدت بعد از جراحی

سوء تغذیه قبل از جراحی

عوارض جراحی فعلی

بیمار به اندازه کافی غذا نمی خورد

سایر

نمی دانم

22. تعداد روزهای بعد از تغذیه درمانی

با تشکر!

برای شرکت در nutritionDay در بیمارستان متشکریم!

www.nutritionDay.org

2024
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

در بیمارستان nutritionDay

پرسشنامه

صفحه مربوط به بیمار 3a



تاریخ

شماره بیمار

1. عادات غذایی معمول شما چیست ؟
(همه موارد شامل شده را علامت بزنید)

- من محدودیت های غذایی دارم
- عادات غذایی خاصی ندارم
- من گیاهخوار هستم
- من به رژیم وگان پایبند هستم
- رژیم بدون گلوتن دارم
- از شکر اضافه شده پرهیز می کنم
- از کربوهیدرات پرهیز می کنم
- رژیم کم چرب دارم
- عدم تحمل لاکتوز دارم
- به خاطر عدم تحمل یا آلرژی رژیم خاص دیگری دارم
- سایر موارد



2. قبل از بستری شدن در این بیمارستان، کجا بودید ؟

- در خانه
- در خانه سالمندان یا مراکز شبانه روزی دیگر
- از بیمارستان دیگری منتقل شده ام
- سایر

3. در کل آیا قادر به راه رفتن هستید ؟

- بله
- بله ، با کمک شخص دیگر
- بله ، به طور مستقل با استفاده از واکر یا عصا
- نه ، ویلچر دارم
- نه ، من محدود به رختخواب (bedridden) هستم



4. به طور کلی وضعیت سلامتی شما چطور است ؟

- خیلی خوب خوب نسبتاً خوب ضعیف خیلی ضعیف

5. در طول 12 ماه قبل از این پذیرش در بیمارستان، تقریباً ...

چند بار برای ویزیت به پزشک مراجعه کرده اید؟ ...
چند بار در بیمارستان بستری شده اید (بخش اورژانس یا بخش های دیگر)؟ ...
در کل چند شب را در بیمارستان گذرانده اید؟ ...

دفعات	<input type="text"/>
دفعات	<input type="text"/>
شب ها	<input type="text"/>



6. به طور روتین روزانه چند داروی مختلف مصرف می کنید
(قبل از بستری در بیمارستان)؟

- 1 تا 2
- 3 تا 5
- بیش از 5
- هیچ
- نمی دانم



7. آیا بیمه هستید ؟

- بله ، فقط بیمه خصوصی
- بله ، فقط بیمه عمومی
- بله ، هر دو
- خیر
- ترجیح می دهم چیزی نگویم

8. وزن شما 5 سال پیش چقدر بود ؟

کیلوگرم نمی دانم

9a. آیا طی 3 ماه گذشته وزن کم کرده اید ؟

- بله ، خواسته
- بله ، ناخواسته
- خیر، وزم ثابت مانده است
- خیر، وزن اضافه کرده ام
- نمی دانم



9b. اگر جواب شما بله است، چه مقدار وزن کم کرده اید ؟

کیلوگرم نمی دانم

10. آیا دو روز قبل از پذیرش در بیمارستان می دانستید ؟

- بله
- خیر

11. لطفاً مشخص کنید اگر شما ...

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|----------|
| ... هنگام پذیرش وزن شده اید | <input type="radio"/> | بله | <input type="radio"/> | خیر | <input type="radio"/> | نمی دانم |
| ... درباره وضعیت تغذیه تان مطلع شده اید | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| ... درباره گزینه های مراقبت تغذیه ای مطلع شده اید | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| ... مراقبت تغذیه ای خاصی دریافت کردید | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |

12. طی یک هفته قبل از بستری، وضعیت مصرف غذای شما چگونه بود ؟

- بیش از مقدار نرمال میخوردم
- حدود 3/4 مقدار نرمال
- مقدار نرمال
- حدود نصف مقدار نرمال
- حدود یک چهارم مقدار نرمال یا تقریباً هیچی



3b لطفاً با ورق زدن ادامه دهید

www.nutritionDay.org

2024
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

در بیمارستان nutritionDay

پرسشنامه

صفحه مربوط به بیمار 3b



تاریخ

شماره بیمار

13a. لطفا مشخص کنید امروز چه مقدار از غذای بیمارستان را برای ناهار یا شام خوردید؟



تقریباً همه



نصف



یک چهارم



هیچی

13b. مقدار غذایی که امروز دریافت کردم. ...

- استاندارد بود
- کمتر از مقداری بود که میخواستم
- بیشتر از مقداری بود که میخواستم
- نمی دانم

14. در کل چه مقدار از غذای بیمارستان راضی هستید؟

- بسیار راضی
- تا حدی راضی ام
- ناراضی
- بسیار ناراضی
- نظری ندارم
- نمی دانم

15. آیا امروز برای غذا خوردن، کمک گرفتید؟ خیر بله، از کارکنان بیمارستان بله، از خانواده یا دوستان

16. آیا شما امروز توانستید بدون وقفه غذا بخورید؟ بله خیر

17. اگر همه غذای خود را نخوردید، لطفاً به ما بگویید دلیلش چه بود؟ (همه موارد شامل شده را علامت بزنید.)

- از نوع غذای ارائه شده خوشم نمی آمد
- من بوی غذا را دوست نداشتم
- من مزه ی غذا را دوست نداشتم
- غذا با اولویت های فرهنگی-مذهبی من متناسب نبود
- غذا خیلی داغ بود
- غذا خیلی سرد بود
- به علت عدم تحمل یا آلرژی غذایی
- در آن لحظه گرسنه نبودم
- اشتهاي معمولم را ندارم
- مشکل جویدن و بلع دارم
- من به طور نرمال کمتر از چیزی که سرو شده بود میخورم
- حالت تهوع و استفراغ داشتم
- بسیار خسته بودم
- بدون کمک نمیتوانم غذا بخورم
- اجازه غذا خوردن نداشتم
- من آزمایش، جراحی یا تست داشتم و وعده ی غذایی خود را از دست دادم
- من غذای درخواست کرده را دریافت نکردم



18. تعداد لیوان یا فنجان نوشیدنی که شما در 24 ساعت گذشته مصرف کرده اید را یادداشت نمایید

<input type="text"/>	آب	<input type="text"/>	قهوه	<input type="text"/>	آب میوه	<input type="text"/>	نوشیدنی تغذیه ای
<input type="text"/>	چای	<input type="text"/>	شیر	<input type="text"/>	نوشیدنی های غیرالکلی	<input type="text"/>	سایر

19a. آیا امروز غذایی غیر از غذای بیمارستان خورده اید؟ (همه موارد اعمال شده را علامت بزنید.) بله خیر

19b. اگر بله، چه چیزی خوردید؟

- اسنک های شیرین
- اسنک های نمکی
- غذای خانگی
- میوه جات
- محصولات لبنی
- غذای آماده / رستورانی
- ساندویچ
- سایر

20. از زمان بستری در بیمارستان دریافت غذایی شما چه تغییری کرده است؟

- افزایش یافته
- کاهش یافته
- بدون تغییر مانده
- نمی دانم

21. امروز احساس میکنم

- قوی تر از زمان پذیرش در بیمارستان هستم
- ضعیف تر از زمان پذیرش در بیمارستان هستم
- نسبت به زمان پذیرش در بیمارستان تغییر نکرده ام
- من امروز پذیرش شده ام
- نمی دانم

22. آیا امروز می توانید بدون کمک راه بروید؟

- بله
- نه، فقط با کمک می توانم
- نه، در تخت می مانم



23. آیا در کامل کردن این پرسشنامه کسی به شما کمک کرده است؟ بله خیر

با تشکر!

برای شرکت در nutritionDay در بیمارستان متشکریم!

www.nutritionDay.org

2024
V1
فارسی
PERSIAN
CC BY-NC-ND



نام بیمار، تولد یا برچسب بیمار
این اطلاعات تنها توسط بخش استفاده خواهد شد.

نام بیمار	شماره بیمار	تاریخ ترخیص	کدهای ICD-10	کدهای ICD-10			کد پیامد	کد	✓	✓	روز ها
				1	2	3					
	123456	روز، ماه، سال		1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					

این اطلاعات برای روزه به پیغام داده nutritionDay است.

<p>1. با کدهای زیر استفاده کنید ICD-10 از کدهای کامل.</p> <p>0100 بیماری های عفونی و انگلی 0200 نئوپلاسم 0300 خون، ارگان های خون ساز و مکانیسم ایمنی 0400 بیماری های اندوکراین، تغذیه ای و متابولیک 0500 بیماری های روانی 0600 سیستم عضنی 0700 چشم و آدنکس 0800 گوش و زنده ماستوئید 0900 دستگاه گردش خون 1000 دستگاه تنفسی</p> <p>1100 دستگاه گوارش 1200 پوست و بافت زیر پوستی 1300 سیستم عضلاتی و بافت همبند 1400 دستگاه ادراری تناسلی 1500 بارداری، زایمان و دوره نفاس 1600 شرایط ناشی از دوره ی پرده ناتال 1700 ناهنجاری مادرزادی / کروموزومی 1800 نشانه ها، علام، یافته های غیر طبیعی بالینی / آزمایشگاهی 1900 جراحت، مسمومیت 2000 عمل خارجی منجر به عارضه و مرگ و میر (به عنوان مثال تصادف، مورد حمله قرار گرفتن) 2100 فاکتورهای موثر بر وضعیت سلامت و ارتباط با سروس های سلامت</p>	<p>2. کد پیامد</p> <p>1 هنوز در بیمارستان است 2 به بیمارستان دیگری منتقل گردیده است 3 به بخش نگهداری بلند مدت منتقل گردیده است 4 ترخیصی 5 ترخیص به منزل 6 مرگ 7 سایر</p>	<p>3. کد بستری مجدد (مجددا پذیرفته شده است nutritionDay از زمان)</p> <p>1 خیر 2 بله، همان بیمارستان با برنامه ریزی 3 بله، همان بیمارستان بدون برنامه ریزی 4 بله، بیمارستان متفاوت با برنامه ریزی 5 بله، بیمارستان متفاوت بدون برنامه ریزی 6 نامعلوم</p>
---	---	--

نام بیمار، تولد یا برچسب بیمار
این اطلاعات تنها توسط بخش استفاده خواهد شد.

شماره بیمار	تاریخ ترخیص	تشخیص در زمان ترخیص (برای کدهای کادر شماره 1 مراجعه کنید)	ICD-10 کدهای اضافی حداکثر 6 کد رایج همان ترتیبی که در سوابق خود دارید وارد کنید			پیامد	بیمار	بستری مجدد از زمان nDay (برای کدهای کادر شماره 2 مراجعه کنید)	ICU پذیرش در nDay (برای کدهای کادر شماره 3 مراجعه کنید)	در عرض 30 روز پس از nDay تحت پیوستی عمومی	تحت پیوستی عمومی	تحت پیوستی عمومی	روزها
			1	2	3								
123456	روز، ماه، سال	ICD-10 کدهای	1	2	3								
			4	5	6								
			1	2	3								
			4	5	6								
			1	2	3								
			4	5	6								
			1	2	3								
			4	5	6								

این اطلاعات برای روز به پیغامگاه داده nutritionDay است.