



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تغذیه خدمات بالینی

دستور عمل و فرم های ارزیابی تغذیه ای کودکان و

نوجوانان بستری در بیمارستان

مطالعه پایلوت ارزیابی تغذیه ای کودکان بستری در بیمارستان های کشور

گروه تغذیه بالینی با همکاری مرکز توسعه پژوهش های بالینی بیمارستان کودکان مفید

۱۳۹۴-۹۵

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

۲	تعاریف
۴	دستورعمل و فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری
۱۴	دستورعمل و فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری
۲۱	دستورعمل و فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودکان و نوجوانان بستری
۲۵	پیوست ها

بسمه تعالی

تعاریف:

- **کودکان و نوجوانان در این مطالعه:** تمامی افرادی که در محدوده سنی ۱ ماه، تا کوچکتر مساوی ۱۹ سال قرار دارند.
- **وزن (Weight):** وزن بدن نشانگر خوبی برای وضع تغذیه ای است که بر اساس سه شاخص وزن برای سن، وزن برای قد و نمایه توده بدنی (Body Mass Index) اندازه گیری می شود.
- **قد (Height):** بر اساس شاخص قد برای سن و رسم منحنی قد برای سن رشد طولی را می توان ارزیابی نمود.
- **دور سر (Head Circumference):** یک معیار رشد مغزی است. در سه ماه اول زندگی ۲ سانتیمتر، ۳ تا ۶ ماهگی ۱ سانتیمتر و ۶ تا ۱۲ ماهگی نیم سانتیمتر در ماه رشد می کند. کنترل دور سر تا ۲ سالگی انجام می شود.
- **BMI (نمایه توده بدنی):** نمایه توده بدنی، با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم به مجذور قد بر حسب متر بدست می آید.
- **کم وزنی:** وزن کودک از وزن مناسب برای سن او کمتر است.
- **کوتاه قدی:** کودک قد مناسب برای سن خود را ندارد.
- **لاغری:** کودک وزن مناسب برای قد خود را ندارد.
- **Z- score:** بیانگر انحراف از مقادیر میانه مرجع، تقسیم بر انحراف معیار جمعیت مرجع است.
- **ارزیابی اولیه تغذیه ای:** ارزیابی اولیه بیمار در بدو بستری (۲۴ ساعت اول) با استفاده از فرم ارزیابی تغذیه ای بیمار که توسط اینترن، رزیدنت و یا متخصصین کودکان به تفکیک فرم ها، دو گروه سنی کمتر از ۵ سال و ۵ سال و بالاتر تکمیل می شود.
- **ارزیابی تخصصی تغذیه ای:** ارزیابی کودکان و نوجوانان بستری با استفاده از فرم تخصصی تغذیه به تفکیک فرم ها در دو گروه سنی کمتر از ۵ سال و ۵ سال و بالاتر و سپس ادامه ارزیابی در روزهای آینده با استفاده از فرم پیگیری وضعیت تغذیه که توسط کارشناس تغذیه تکمیل می شود.
- **سوء تغذیه:** نوعی اختلال تغذیه ای است که به علت مصرف ناکافی یا بیش از اندازه یک یا چند ماده غذایی بروز می کند. سوء تغذیه اصطلاحی است برای توصیف طیف وسیعی از تظاهرات بالینی از خفیف تا شدید که به دلیل عدم تعادل انرژی و پروتئین دریافتی در تامین نیازهای تغذیه ای بدن ایجاد می شود و به طور کلی به دو دسته Over-nutrition و Under-nutrition تقسیم می شود. بیشترین روشی که برای تعریف سوء تغذیه بکار می رود، تقسیم بندی بر اساس شدت آن (خفیف، متوسط و شدید) است.

- سوء تغذیه متوسط (کم وزنی متوسط): کم وزنی متوسط عبارت است وزن برای سن مساوی -3 Z-Score تا کمتر از -2 Z-Score
- سوء تغذیه شدید (کم وزنی شدید): کم وزنی شدید عبارت است وزن برای سن کمتر از -3 Z-Score
- سوء تغذیه حاد متوسط (لاغری متوسط): وزن برای قد بین کمتر از -2 Z-Score تا مساوی -3 Z-Score نشان دهنده سوء تغذیه حاد متوسط (لاغری متوسط) است.
- سوء تغذیه حاد شدید (لاغری شدید): وزن برای قد کمتر از -3 Z-Score نشان دهنده سوء تغذیه حاد شدید (لاغری شدید) است.
- **Over nutrition**: یا بیش خواری، نوعی از سوء تغذیه است که در آن دریافت مواد مغذی بیش از مقدار مورد نیاز بدن برای رشد طبیعی، تکامل و متابولیسم صورت می گیرد. از علائم بارز این نوع سوء تغذیه، اضافه وزن و چاقی کودک است. اضافه وزن برای کودکان زیر پنج سال عبارت است از داشتن نمایه توده بدنی بیش از 2 Z-Score تا مساوی 3 Z-Score و چاقی عبارت است از داشتن BMI بیش از 3 Z-Score. برای کودکان 5 تا 19 سال اضافه وزن عبارت از داشتن نمایه توده بدنی بیش از 1 Z-Score تا مساوی 2 Z-Score و چاقی عبارت است از داشتن BMI بیش از 2 Score
- **Under- Nutrition**: کم خوری، نوعی سوء تغذیه با کمبود دریافت کالری یا یک یا چند ماده مغذی ضروری می باشد و بعلت عدم دسترسی به غذای مناسب، اختلال در خوردن یا جذب غذا و یا افزایش نیاز به کالری بوجود می آید. در این مطالعه هر جا سوء تغذیه ذکر شد منظور کم خوری است.
- سوء تغذیه اولیه: در کودکان در اثر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فقدان غذا ایجاد می شود.
- سوء تغذیه ثانویه: در جریان بیماری ها همراه با افزایش نیاز به کالری، از دست دادن کالری، کاهش کالری دریافتی و یا ترکیبی از این سه حالت ایجاد می شود.

دستور عمل و فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای

کودکان و نوجوانان بستری

دستور عمل استفاده از فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای ویژه کودکان ۱ تا ۶۰ ماهه

(۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز) بستری در بیمارستان

- این فرم در بیمارستان های آموزشی توسط همکاران اینترن یا رزیدنت و در بیمارستان های غیر آموزشی توسط متخصصین اطفال، در بدو بستری ثبت و هنگام ترخیص تکمیل می گردد.
- در کودکان مبتلا به سندرم داون، فلج مغزی و شیرخوارانی که زودتر از ۳۷ هفته متولد شده اند، باید از منحنی های ویژه استفاده شود.
- با استفاده از فرم های اولیه ارزیابی تغذیه ای، بیماران مبتلا به سوء تغذیه شناسایی و برای مشاوره به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.
- برای سن زیر ۶۰ ماه، فرم دختر و پسر مشترک است و منحنی های رشد به تفکیک دو جنس در پشت فرم درج شده است. مبنای اندازه گیری وزن برای قد، منحنی های سازمان بهداشت جهانی می باشد. گاهی برای سن ۲ تا ۵ سال، از معیار نمایه توده بدنی نیز استفاده می شود که در این مطالعه برای رسیدن به نتایج همگون و یکسان در ارزیابی ها، هماهنگ با برنامه کشوری کودک سالم در بخش بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای این گروه سنی، از منحنی وزن برای قد استفاده می شود.

نحوه تکمیل فرم ارزیابی اولیه:

- در ابتدا مشخصات کلی بیمار شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، اطلاعات مربوط به بخش، اتاق، تخت، نام پزشک معالج و تاریخ پذیرش ثبت می گردد.
- وزن کودکان زیر ۲ سال با کمترین لباس مطابق شکل زیر و دستورالعمل پیوست شماره ۱ اندازه گیری می شود.



اندازه گیری قد کودکان زیر ۲ سال طبق دستورالعمل پیوست شماره ۲ به شکل زیر است:



و برای کودکان بالای ۲ سال طبق دستورالعمل پیوست شماره ۲ به این شکل است:



- اندازه گیری دور سر برای کودکان زیر ۲ سال مطابق پیوست شماره ۳ صورت می گیرد.

در سوال شماره ۱: Z-score وزن برای قد بیمار با استفاده از منحنی مربوطه ثبت می گردد. در صورتی که عدد Z-score کمتر از ۲- باشد، بیمار سوء تغذیه دارد و باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

در سوال شماره ۲: Z-score وزن برای قد بیمار با استفاده از منحنی مربوطه ثبت می گردد. در صورتی که عدد Z-score بیشتر از ۲+ باشد، بیمار اضافه وزن دارد و باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

در سوال شماره ۳: اگر کودک طی چند ماه اخیر بیش از ۱۰٪ کاهش وزن داشته باشد (بر اساس مقایسه وزن فعلی با وزن قبلی ثبت شده یا اظهار مادر یا همراه مقایسه می شود)، باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

در سوال شماره ۴: اگر کودک طی چند ماه اخیر افزایش وزنی نداشته و عبارت دیگر وزن ثابت داشته است باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود. این سوال بویژه برای کودکان زیر یک سال مهم بوده و مطرح است.

در سوال شماره ۵: باید بی اشتهاهی کودک بررسی شود. با بررسی میزان دریافت غذای کودک در هر وعده غذایی و تعداد دفعات غذای مصرفی کودک وضعیت اشتهاهی او تعیین می شود.

تعریف بی اشتهاهی (آنورکسیا): از دست دادن اشتها (Lack of appetite) یا کاهش دریافت می باشد. زمانی که بی اشتهاهی همراه با از دست دادن وزن باشد منجر به کاشکسی می شود.

- در کودکان ۶-۰ ماهه وزن گیری کمتر از ۵۰۰ گرم در ماه یا ۱۲۵ گرم در هفته به معنی دریافت کالری کم است.
 - از پایان ۶ ماهگی تا پایان ۸ ماهگی شیرخوار نیاز به ۲ تا ۳ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی بتدریج باید به نصف لیوان یا ۱۲۵ سی سی برسد.
 - شیرخواران ۹ تا ۱۱ ماه نیاز به ۳ تا ۴ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی نصف لیوان یا ۱۲۵ سی سی می باشد.
 - کودکان ۱ تا ۲ سال نیاز به ۳ تا ۴ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی سه چهارم لیوان می باشد.
- کودکان ۲ تا ۵ سال نیاز به ۳ تا ۴ وعده غذایی و ۱ تا ۲ میان وعده مغذی دارد. حجم هر وعده غذایی یک لیوان است.

در سوال شماره ۶: مشاوره تغذیه قبل از عمل در بیمارانی که کاندید عمل جراحی مائور (رزکشن عضو ، پیوند عضو، اعمال دستگاه گوارش؛ کبد؛ قلب، ریه، کلیه و مغز) هستند، باید انجام شود.

بیماری های مزمن شامل کلیه بیماری های اطفال است که بیشتر از ۳ ماه طول کشیده است.

در هر یک از سوالات اگر جواب "بله" باشد، باید برای مشاوره، به کارشناس تغذیه با تکمیل فرم درخواست مشاوره، ارجاع داده شود.

اگر بیمار بیشتر از ۷ روز در بیمارستان بستری باشد، نیاز به ارزیابی مجدد تغذیه ای با استفاده از فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای دارد.

فرم وضعیت بیمار هنگام ترخیص

درانتهای فرم ارزیابی اولیه، فرم وضعیت بیمار هنگام ترخیص قرار دارد که در صورتی که ترخیص بیمار قبل از یک هفته بستری صورت گیرد، این فرم تکمیل می گردد.

در زمان ترخیص لازم است اطلاعات به شکل زیر در جدول مربوطه درج گردد:

ابتدا تاریخ ترخیص کودک به صورت روز/ماه/ سال و وزن و Z-SCORE وزن برای قد هر بیمار در هنگام ترخیص روی جدول پایین فرم ثبت شده و اگر میزان Z-SCORE کمتر از -۲ و یا بیشتر از +۲ باشد، بیمار سوء تغذیه دارد و باید در برگه خلاصه پرونده یا پیگیری ذکر شده و بیمار پس از ترخیص کلینیک تغذیه و یا گوارش ارجاع شود.

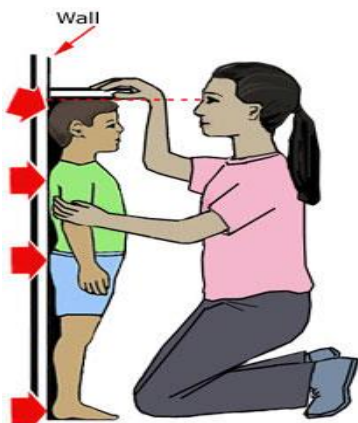
دستور عمل فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای کودکان و نوجوانان (۵-۱۹ سال) بستری در

بیمارستان

- این فرم در بیمارستان های آموزشی توسط همکاران اینترن یا رزیدنت و در بیمارستان های غیر آموزشی توسط متخصص اطفال، در بدو بستری ثبت و هنگام ترخیص کامل می گردد.
- با استفاده از فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای، بیماران مبتلا به سوء تغذیه شناسایی و مشاوره تغذیه می شوند.
- این فرم بر اساس معیار اندازه گیری نمایه توده بدنی محدوده Z-SCORE سازمان بهداشت جهانی تنظیم شده است.
- برای اندازه گیری ترجیحا از ترازو باسکولی سکا مطابق شکل زیر و دستورالعمل پیوست شماره ۱ استفاده می کنیم:



- اندازه گیری قد طبق دستورالعمل پیوست شماره ۲ و به شکل زیر است:



- فرم ها برای دختر و پسر یکی شده است و اختصاصی است که بر اساس معیار اندازه گیری BMI سازمان بهداشت جهانی تنظیم شده است.
- منحنی BMI در محدوده سنی ۵ تا ۱۹ سال، برای دختر و پسر تفکیک شده است.

در دو سوال شماره ۱ و ۲؛ عدد BMI هر بیمار در هنگام بستری ثبت شده و اگر z-score آن کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ باشد بیمار مبتلا به سوء تغذیه است و باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

در سوال شماره ۳؛ اگر کودک طی چند ماه اخیر بیش از ۱۰٪ کاهش وزن داشته باشد (بر اساس مقایسه وزن فعلی با وزن قبلی ثبت شده یا اظهار مادر مقایسه می شود)، باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.

در سوال شماره ۴؛ باید بی اشتهاهی کودک بررسی شود.

تعریف بی اشتهاهی (آنورکسیا) به صورت از دست دادن اشتها (Lack of appetite) یا کاهش کالری دریافتی می باشد. زمانی که بی اشتهاهی همراه با از دست دادن وزن باشد منجر به کاشکسی می شود.

- در بچه های بالای ۵ سال بی اشتهاهی مثل بزرگسال است.

اگر کودک غذا نمی خورد یا بی اشتهاست، دلایل زیادی دارد از جمله روش های نادرست مادر در تغذیه کودکش که باعث لجبازی کودک و خودداری او از خوردن می شود و با کاهش رشد کودک نسبت به گذشته همراه خواهد شد. بی اشتهاهی کودکان علل جسمی و روحی دارد.

- **در سوال شماره ۵؛** مشاوره تغذیه قبل از عمل بیمارانی که کاندید عمل جراحی ماژور (رزکشن عضو، پیوند عضو، اعمال دستگاه گوارش؛ کبد؛ قلب، ریه، کلیه و مغز هستند) باید انجام شود بنابراین در این موارد نیز باید خانه بله علامت خورده و به مشاور تغذیه ارجاع داده شود.
- بیماری های مزمن شامل کلیه بیماری های اطفال است که بیشتر از ۳ ماه طول کشیده است.

در هر یک از سوالات اگر جواب "بله" باشد، باید برای مشاوره، به کارشناس تغذیه با تکمیل فرم درخواست مشاوره، ارجاع داده شود. اگر مدت بستری در بیمارستان بیشتر از ۷ روز باشد باید ارزیابی مجدد تغذیه ای انجام شود.

فرم وضعیت بیمار هنگام ترخیص

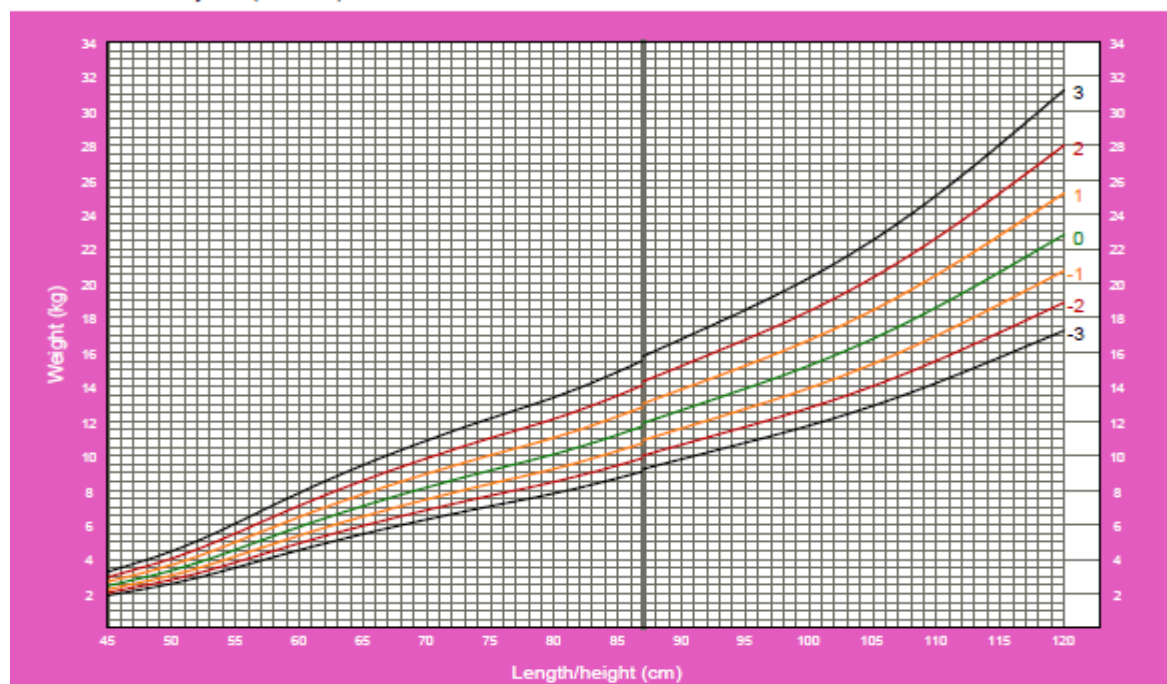
درانتهای فرم ارزیابی اولیه، فرم وضعیت بیمار هنگام ترخیص قرار دارد که در صورتی که ترخیص بیمار قبل از یک هفته بستری صورت گیرد، این فرم تکمیل می گردد.

در زمان ترخیص لازم است اطلاعات به شکل زیر در جدول مربوطه درج گردد:

در انتهای فرم ارزیابی تغذیه ای، زمان ترخیص، وزن و BMI z-score هر بیمار در هنگام ترخیص ثبت شده و اگر BMI-z score بیمار کمتر از ۲- و یا بیشتر از ۲+ است باید در برگه خلاصه پرونده یا پیگیری ذکر شده و بیمار پس از ترخیص کلینیک تغذیه و یا گوارش ارجاع شود.

Weight-for-length/height GIRLS

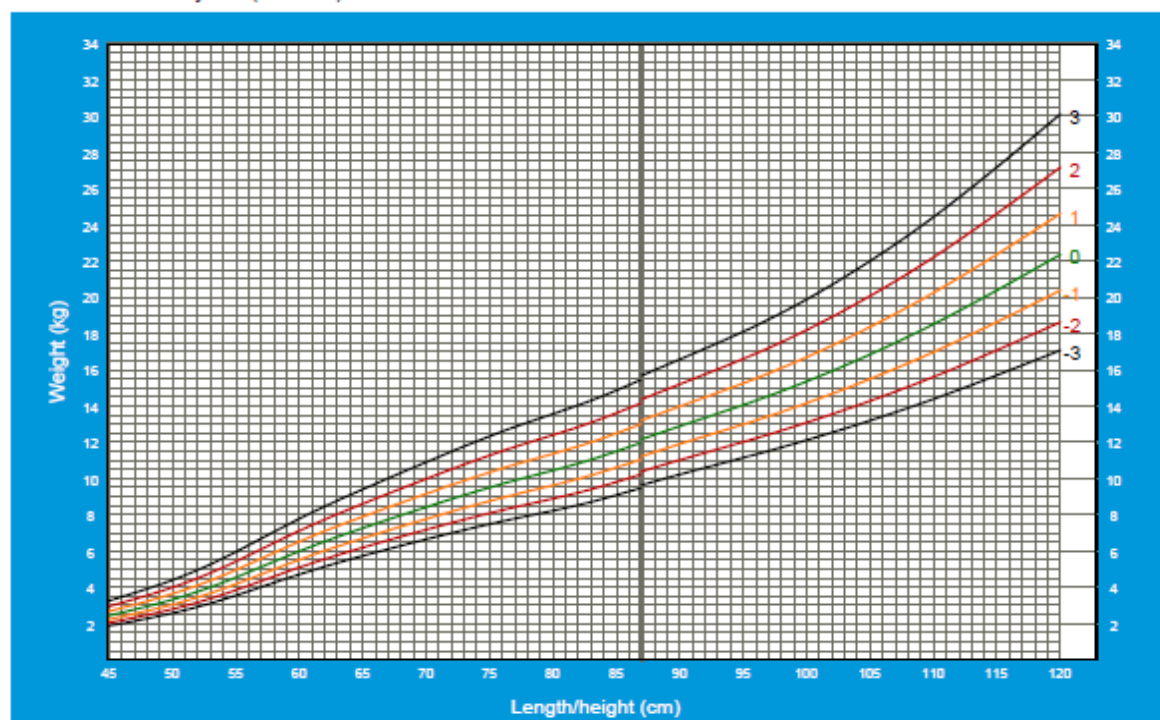
Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Weight-for-length/height BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز آموزشی درمانی: Medical Center

فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای کودکان و نوجوانان ۵-۱۹ سال بستری در بیمارستان

Primary Nutritional Assessment for Children 5-19 years of age

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

سن (y): □□/□	جنس: □ دختر □ پسر	قد (cm): □□/□	وزن (kg): □□/□□
Z-score نمایه توده بدنی: □□/□□			
۱	آیا Z-score نمایه توده بدنی بیمار هنگام بستری کمتر از ۲- است؟	بله	خیر
۲	آیا Z-score نمایه توده بدنی هنگام بستری بیشتر از ۲+ است؟		
۳	آیا بیمار طی ماه های اخیر کاهش وزن بیشتر از ۱۰٪ داشته است؟		
۴	آیا بیمار دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تب، تهوع یا استفراغ شدید) می باشد؟*		
۵	آیا بیمار کاندید عمل جراحی مازور 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.

* در صورتی که کودک مبتلا به بی اشتها یا است و یا در طول بستری تمایل به مصرف غذا ندارد باید از سرپرستار بخش درخواست شود که موارد را

به اطلاع کارشناس تغذیه برساند

نام و نام خانوادگی، سمت و امضاء تکمیل کننده فرم

وضعیت تغذیه ای زمان ترخیص کودکان و نوجوانان ۵-۱۹ سال

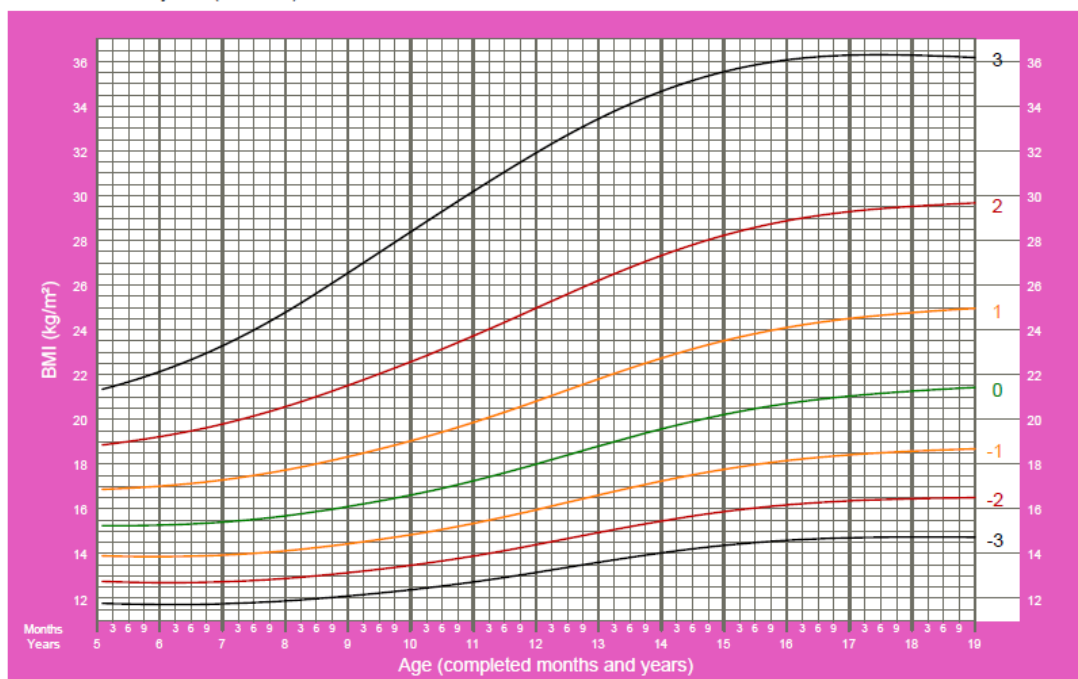
تاریخ ترخیص:	وزن موقع ترخیص:	BMI زمان ترخیص:
آیا Z-score BMI بیمار هنگام ترخیص کمتر از ۲- است؟		
آیا Z-score BMI بیمار هنگام ترخیص بیشتر از ۲+ است؟		

نام و نام خانوادگی، سمت و امضاء تکمیل کننده فرم

نمودار نمایه توده بدنی برای سن دختران ۵ تا ۱۹ سال

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

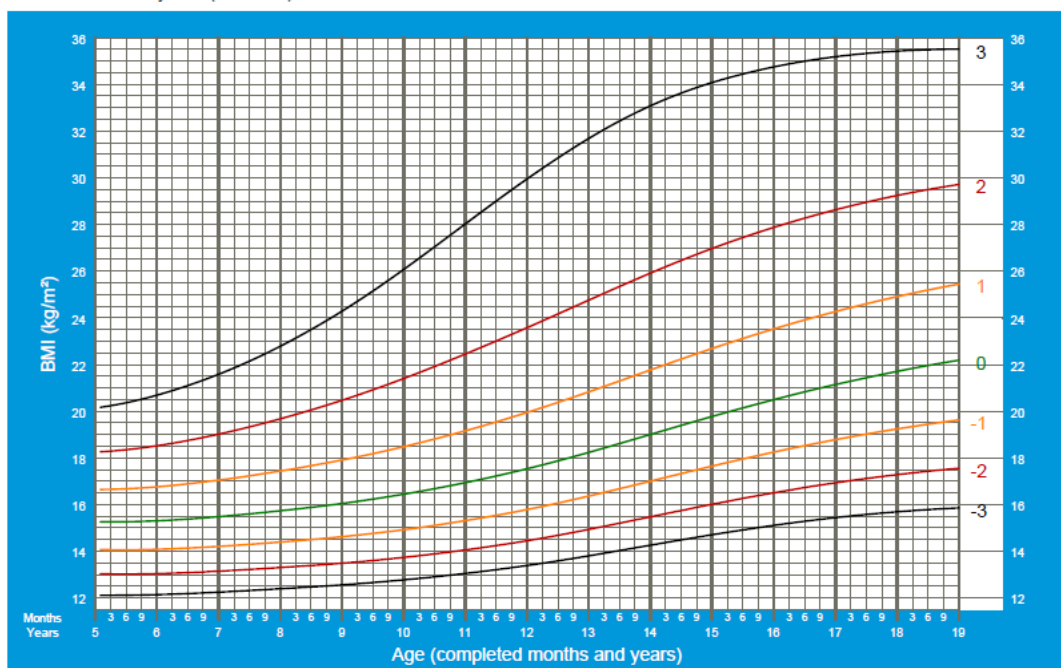


2007 WHO Reference

نمودار نمایه توده بدنی برای سن پسران ۵ تا ۱۹ سال

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

دستور عمل و فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای

کودکان و نوجوانان بستری

راهنمای تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری

شرایط ارائه خدمات رژیم درمانی توسط کارشناسان تغذیه برای کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان عبارتست از:

۱. فرم ارزیابی اولیه حداقل یک بلی داشته باشد
 ۲. به هر دلیل متخصص اطفال درخواست مشاوره تغذیه بدهد
 ۳. وجود برخی بیماری ها شامل: سرطان ها، بیماریهای متابولیک، سلیاک، سوختگی، بیماران بستری در IBD , PICU ، بیماران کلیوی، پیوند و دیالیز که در این موارد نیز باید پزشک مشاوره تغذیه درخواست نماید.
- تبصره: در صورت (تشخیص) درخواست مشاوره از سوی پزشک، رژیم درمانی مجدد زیر یک هفته امکان پذیر است.
- در یک دوره درمانی یک ماهه بستری کودک در بیمارستان حداکثر ۳ بار خدمات رژیم درمانی قابل ارائه است و در صورتی که کودک بیش از یک ماه بستری باشد و به تشخیص پزشک یا مشاور تغذیه نیاز به تنظیم رژیم غذایی جدید برای بیمار باشد مجدداً دستورالعمل فوق الذکر تکرار می شود.

*** * * *

این راهنما متعلق به کودکان و نوجوانان (بدو تولد تا ۱۹ سال) می باشد. دو فرم مجزا برای ارزیابی تخصصی کودکان زیر ۵ سال و کودکان و نوجوانان ۵ سال و بالاتر وجود دارد که در اینجا به تشریح هر دو فرم خواهیم پرداخت.

سن: ابتدا لازم است سن دقیق کودک یا نوجوان با سوال از مادر یا دیگر همراه او درج گردد. در صورتی که همراه بیمار از سن دقیق کودک اطلاع ندارد با استفاده از هرگونه مدرک شناسایی کودک یا والدین، سن کودک بدست می آید.

جنس: جنس کودک از مادر یا همراه سوال شود و در مربع مربوطه ثبت شود به هیچ عنوان بر اساس اسم بیمار، جنسیت او را تعیین نکنید.

شغل پدر و شغل مادر: با پرسش از مادر یا همراه بیمار درج می شود و جهت ارزیابی وضعیت تامین تغذیه ای کودک کمک کننده است

تعداد افراد خانواده: با پرسش از مادر یا همراه بیمار درج می شود و جهت ارزیابی وضعیت تامین تغذیه ای کودک کمک کننده است

تعداد فرزندان خانواده: با پرسش از مادر یا همراه بیمار درج می شود و جهت ارزیابی وضعیت تامین تغذیه ای کودک کمک کننده است

علت بستری کنونی بر اساس نظر پزشک معالج: تشخیص نوع بیماری بر اساس نظر پزشک معالج ثبت شود.

نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج: نحوه ی تغذیه بر اساس توصیه پزشک در این قسمت ثبت شود.

سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: از مادر یا همراه سوال شود که آیا کودک یا نوجوان به غذاها یا داروهای خاصی حساسیت دارد و سپس ثبت شود.

نوع مکمل های تغذیه ای مورد استفاده: نوع مکمل غذایی که به کودک یا نوجوان داده می شود (چه بطور منظم و چه نامنظم) تعیین شده و ثبت شود. در صورتی که مکملهای دیگری مانند روی و یا مکمل های ترکیبی دیگری استفاده می شود نیز باید تعیین شده و در محل مربوطه ثبت شود.

ادامه سوالات از مادر و یا یکی از همراهان آگاه کودک و نوجوان پرسیده می شود و در مربع مربوطه علامت می خورد یا ثبت شود.

اطلاعات شاخص های تن سنجی:

وزن هنگام پذیرش (کیلوگرم): وزن کودک و وزن کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب کیلوگرم ثبت شود.

قد هنگام پذیرش (سانتیمتر): قد کودک یا نوجوان در هنگام پذیرش اندازه گیری و بر حسب سانتیمتر ثبت شود.

اندازه دور وسط بازو برای سن (MUAC): یکی از شاخص های تعیین کننده سوء تغذیه حاد است. اندازه گیری دور وسط بازو برای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه اندازه گیری خواهد شد. در صورتی که دور میانی بازو در کودکان کمتر از ۱۲۵ میلی متر باشد، نشانگر ابتلای کودک به سوء تغذیه حاد متوسط است. چنانچه این رقم به کمتر از ۱۱۵ میلی متر برسد، نشان دهنده ابتلای کودک به سوء تغذیه حاد شدید است. این اندازه گیری با استفاده از خط کش مخصوص کاغذی، با سه طیف رنگی سبز، زرد و قرمز انجام می شود. (مطابق پیوست شماره ۴)

Z Score وزن برای قد: این شاخص برای فقط کودکان زیر پنج سال تعیین می گردد. وزن برای قد ایستاده / خوابیده برای سن یکی از شاخص های تن سنجی جهت تعیین سوء تغذیه حاد یا لاغری می باشد. این شاخص همچنین برای تعیین اضافه وزن و چاقی کودکان نیز به کار می رود. برای تعیین این شاخص از منحنی وزن برای قد سازمان جهانی بهداشت استفاده می شود. اگر کودکی وزن برای قدش پایین تر از $-3Zscore$ باشد دچار لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید می باشد. اگر وزن برای قد مساوی $-3Zscore$ تا $-2Zscore$ باشد دچار لاغری یا سوء تغذیه حاد متوسط است. اگر وزن برای قد کودکی بیشتر از $1Zscore$ تا مساوی $2Zscore$ باشد کودک در خطر اضافه وزن است و اگر وزن برای قد کودک بالای $3Zscore$ بوده چاق است. کودکی که وزن برای قدش مساوی $-2Zscore$ تا مساوی $1Zscore$ باشد طبیعی است.

اشتهای بیمار (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر: وضعیت اشتهای کودک یا نوجوان از مادر یا همراه سوال شده و در مربع مربوطه ثبت شود.

بیماری زمینه ای مرتبط با سوء تغذیه: بر اساس مطالعه پرونده بیمار در صورت وجود یکی از بیماریهای زیر، در محل مربوطه درج شود.

• سوء جذب

- بیماری التهابی روده
- سلیاک ارثی (سن اصلاح شده ۶ ماه)
- بیماریهای مزمن کبدی
- سیستمیک فیبروز
- بیماری های آلرژیک و ایمنولوژیک
- سندروم روده کوتاه
- بیماریهای غددومتابولیک/اختلالات متابولیسم مادرزادی
- تروما/ سوختگی/ جراحی
- بیماریهای عفونی
- بیماریهای کلیوی
- جراحی وسیع پیش بینی شده
- آنومالی های مادرزادی
- دیسبلازی برونکوبولمونر (حداکثر سن دو سال)
- بیماری قلبی
- انکولوژی با درمان فعال
- عقب ماندگی ذهنی/فلج مغزی
- بیماریهای اسکلتی-عضلانی
- سایر بیماری ها (توسط پزشک معالج مشخص شده است)

علل سوء تغذیه حاد: بر اساس مصاحبه با مادر یا همراه بیمار، علت کاهش وزن را شناسایی و در مربع مربوطه، ضربدر ثبت شود.

آزمایش های مورد نیاز برای پیگیری: بر اساس وضعیت موجود بیمار آزمایشات مورد نیاز جهت پیگیری ثبت شود.

طبقه بندی سوء تغذیه: بر اساس تعیین شاخص های تن سنجی وزن برای قد و قد برای سن که قبلا تعیین گردیده وضعیت سوء تغذیه کودک مشخص گردد. در صورت کوتاه قدی سوء تغذیه مزمن و در صورت لاغری سوء تغذیه حاد علامت زده می شود. اگر کودک بر اساس شاخص وزن برای سن دچار کم وزنی شدید یا کم وزنی است در همین قسمت ثبت شود. ملاک تشخیص بر اساس امتیاز Z قبلا توضیح داده شده است.

نیازهای تغذیه ای: بر اساس وزن ، قد ، سن ، جنس ، وضعیت سوء تغذیه و بیماری موجود، نیازهای تغذیه ای محاسبه و درج و در صورت لزوم مکمل های مورد نیاز ثبت، توصیه و با پزشک مذاکره شود.

رژیم غذایی: با توجه به میزان انرژی و پروتئین مورد نیاز، رژیم غذایی بیمار بر اساس دستور غذایی پزشک تنظیم و به شکل کاربردی درج گردد.

توصیه های تغذیه ای به همراه (مادر) بیمار: توصیه های تغذیه ای مورد نیاز بر حسب شرایط بیمار که لازم است مادر مطلع گردد در این بخش ثبت شود.

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه: در انتهای ارزیابی تخصصی لازم است کارشناس تغذیه محل مربوطه را ضمن درج نام و نام خانوادگی مهر و امضا نموده و تاریخ تکمیل فرم را نیز درج نماید.

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج: پس از تکمیل فرم ارزیابی تخصصی توسط کارشناس تغذیه، لازم است در اولین ویزیت بعدی بیمار، پزشک ضمن درج نام و نام خانوادگی، محل مربوطه را مهر و امضا نموده و تاریخ تایید فرم را نیز درج نماید.

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 بستری (۶۰-۱ ماه) - ویژه کارشناس تغذیه

Professional Nutrition Assessment Form for Children 1-60 months

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 ماه):		جنس: ☐ دختر ☐ پسر	
شغل پدر:		شغل مادر:	
تعداد افراد خانواده:		تعداد فرزندان خانواده:	
علت بستری کنونی بر اساس نظر پزشک معالج:		نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج: NPO ☐ Po ☐ TPN ☐ EN ☐ PPN ☐	
سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: ☐ بلی ☐ خیر ☐ نوع:		توع مکمل های مورد استفاده:	
اطلاعات شاخص های تن سنجی:			
وزن هنگام پذیرش (کیلوگرم)		weight	
Z Score وزن برای قد:		قد هنگام پذیرش (سانتیمتر): Height	
		اندازه دور وسط بازو برای سن (MUAC):	
اشتهای کودک (نسبت به شیر یا غذا) بنا به اظهارات مادر: ☐ خوب ☐ متوسط ☐ بد			
بیماری زمینه ای:			
علل سوء تغذیه حاد:			
☐ اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو تا سه روز گذشته		☐ استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو تا سه روز گذشته	
☐ داشتن رژیم غذایی خاص قبل از بستری داشته است		☐ کاهش دریافت غذایی در طول چند روز قبل از بستری	
☐ سایر علل:			
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			
نیاز های تغذیه ای:		انرژی:	
رژیم غذایی:		پروتئین:	
		مکمل:	
توصیه های تغذیه ای به همراه (مادر) بیمار:			
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:		نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:	
Dietitians' Name /Signature/Stamp		s' Name /Signature/Stamp Pediatrician	
تاریخ تکمیل فرم:		تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده	
Date of Form Filling		Date of Form Approving	

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 (۵-۱۹ 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: ☐ دختر ☐ پسر
شغل پدر:		شغل مادر:
تعداد افراد خانواده:		تعداد فرزندان خانواده:
علت بستری کنونی بر اساس نظر پزشک معالج:		نحوه تغذیه بنا بر توصیه پزشک معالج: NPO ☐ Po ☐ TPN ☐ EN ☐ PPN ☐
سابقه حساسیت غذایی یا دارویی: ☐ بلی ☐ خیر نوع:		توغ مکمل های مورد استفاده:
اطلاعات شاخص های تن سنجی:		
وزن هنگام پذیرش (کیلوگرم)	weight	قد هنگام پذیرش (سانتیمتر): Height
نمایه توده بدنی:		Z Score نمایه توده بدنی:
اشتهای بیمار بنا به اظهارات مادر: ☐ خوب ☐ متوسط ☐ بد		
بیماری زمینه ای:		
علل سوء تغذیه حاد: ☐ اسهال بیشتر از ۵ بار در روز طی دو تا سه روز گذشته ☐ استفراغ بیشتر از سه بار در روز طی دو تا سه 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		
نیاز های تغذیه ای: انرژی: پروتئین: مکمل:		
رژیم غذایی:		
توصیه های تغذیه ای به همراه (مادر) بیمار:		
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:		نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج:
Dietitians' Name /Signature/Stamp		Pediatrician s' Name /Signature/Stamp
تاریخ تکمیل فرم:		تاریخ رویت فرم تکمیل شده
Date of Form Filling		Date of Form Approving

دستور عمل و فرم پیگیری وضعیت تغذیه

کودکان و نوجوانان بستری

راهنمای تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودک و نوجوان بیمار

جهت پیگیری وضعیت تغذیه بیمار طی روزهای متوالی بستری بدنال تکمیل « فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای »، استفاده از « فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار » الزامی است .

مشاور تغذیه نتیجه ارزیابی روزانه خود را از شاخص های تغذیه ای بیمار اعم از وزن، محیط دور بازو ، نتیجه آزمایش های مورد نیاز، ادم، نحوه تغذیه، وضعیت اشتها (ضعیف، متوسط یا خوب)، مکمل های متناسب با شدت سوءتغذیه، نوع و شدت - غذایی مورد نیاز، مداخله تغذیه ای و رژیم غذایی تنظیم شده در هر نوبت ویزیت بیمار بیماری و مدت زمان اقامت بیمار در بیمارستان- درج و پیگیری می نماید .

- روش تعیین وزن و محیط دور بازو (اندازه گیری وسط دور بازو در دست غیر غالب) در دستورالعمل تکمیل فرم ارزیابی تخصصی ارائه شده است.

- نتایج آزمایشات مورد نیاز، متناسب با نوع بیماری در هر نوبت ویزیت ثبت و با نتایج ویزیت های قبل مقایسه می گردد.

- برای تعیین میزان ادم بیمار، از نتایج معاینات پزشکی در پرونده بیمار و یا معاینه در ناحیه قوزک پای بیمار و تعیین میزان گوده گذاری می توان استفاده کرد.

- نحوه تغذیه بیمار در هر نوبت ویزیت بر اساس دستور پزشک تعیین و درج و پیگیری می شود. - اشتهای بیمار با پرسش از پرستار بخش ثبت می شود: منظور از اشتهای ضعیف این است که بیمار هیچ مقدار یا کمتر از نصف میزان غذای هر وعده را میل کرده است .منظور از اشتهای متوسط، مصرف حدود نیمی از غذا توسط بیمار است و منظور از اشتهای خوب، مصرف تقریباً کامل غذای سرو شده برای بیمار می باشد.

- مکمل غذایی پیشنهادی در صورت نیاز، در این قسمت درج می گردد. مکمل ها در دو گروه قابل طبقه بندی هستند: مکمل های سنتتیک ؛ شامل انواع مکمل های غذایی- دارویی است که بسته به شرایط بالینی بیمار، به یکی از اشکال قرص (Tablet)، محلول سوسپانسیون (Suspenti)، شربت (Syrup)، کپسول (Capsule) و پودر (Powder)، در فواصل وعده های اصلی (به شکل میان وعده یا همراه وعده های اصلی، با رعایت اصول تداخل دارو- غذا، به بیمار داده می شود. در این زمینه می توان به انواع ویتامین ها و مینرال ها یا فرمولاهای آماده به شکل پودر یا محلول اشاره کرد. مکمل های طبیعی؛ شامل مواد مغذی از گروه های اصلی غذایی است که غالباً برای تکمیل ذخایر انرژی، پروتئین، ویتامین ها و مینرال ها، بسته به شرایط بالینی بیمار و به اشکال طبیعی موجود یا فرآوری شده (آسیاب شده، میکس شده با سایر مواد مغذی و ...) و با رعایت اصول تداخل دارو- غذا، به بیمار داده می شود. در این زمینه می توان به انواع جوانه گندم، دانه های آجیلی، بستنی، ژله، بیسکویت و ... ترکیبی از آنها به شکل فرمولای دست ساز بیمارستانی اشاره کرد.

- نوع یا تغییرات رژیم غذایی بر اساس میزان بهبود شاخص های تغذیه ای بیمار در جدول پیگیری، تنظیم و درج می گردد.

- در انتها، پس از هر بار ویزیت بیمار و کنترل شاخص های تغذیه ای، مشاور تغذیه موظف به مهر و امضاء هر سطر می باشد.

در صورتی که نوبت های ویزیت بیمار بیش از تعداد ردیف های فرم پیگیری باشد می توان ردیف های بیشتری را در فرم اضافه کرد.

زمان ترخیص: لازم است مشاور تغذیه قبل از ترخیص تعیین نماید که آیا بیمار نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تجویز شده در بیمارستان پس از ترخیص دارد یا خیر؟ و همچنین در زمان ترخیص بیمار آیا آموزش های لازم را قبل از ترخیص به همراه بیمار داده است یا خیر؟ در صورت نیاز به ادامه مشاوره تغذیه، باید همراه بیمار را جهت مراجعات بعدی راهنمایی کرده و آموزش های لازم برای به حداقل رساندن عوارض بیماری که مرتبط با تغذیه می باشد به همراه بیمار ارائه شود.

چنانچه در زمان ترخیص مشخص گردد که Z- Score وزن برای قد (برای کودکان زیر ۵ سال) یا نمایه توده بدنی (در کودکان ۵ ساله و بالاتر) کمتر از -۲ و یا بیشتر از +۲ است، بیمار به جهت پیگیری به درمانگاه تغذیه و/یا گوارش ارجاع خواهد شد. توصیه های تغذیه ای، ایجاد تغییرات لازم در رژیم غذایی و برطرف کردن موانع پیش روی بیمار در جهت رعایت مفاد رژیم درمانی ارائه شود.

در زمان ترخیص نیز کارشناس تغذیه باید نام و نام خانوادگی و تاریخ ترخیص را یادداشت نموده و محل مربوطه را امضاء نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی: **University of Medical Science:**
 مرکز پزشکی آموزشی درمانی: **Medical Center:**

فرم پیگیری وضعیت تغذیه کودکان و نوجوانان بستری - ویژه کارشناس تغذیه

Nutritional Status Follow up Form

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:	
				تخت: Bed:			
شاخص Index نوبت پیگیری (Date of Follow up)	وزن (Kg) Weight	محیط دور بازو (Cm) MUAC	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results	ادم (-/+) Edema	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)	وضعیت اشتها (ضعیف / متوسط / خوب) Appetite Status	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement
							رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet
							مهر و امضا مشاور تغذیه Dietitians' signature and stamp
تاریخ پیگیری اول First Follow up							
تاریخ پیگیری دوم Second Follow up							
تاریخ پیگیری سوم Third Follow up							
زمان ترخیص		آیا پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر					
		آیا در زمان ترخیص آموزش های لازم به همراه کودک یا نوجوان برای رعایت رژیم غذایی داده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر					
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه: Dietitians' Name /Signature/Stamp تاریخ ترخیص: Date of Discharge							

پوست ها

پیوست شماره ۱

اندازه گیری وزن کودک و نوجوان

ابزار اندازه گیری باید خصوصیات زیر را داشته باشد:

- محکم و با دوام
- الکترونیکی (دیجیتالی)

دارای دقت اندازه گیری در حد ۱/۰ کیلو گرم (۱۰۰ گرم)

آمادگی برای توزین

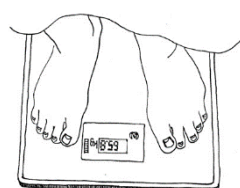
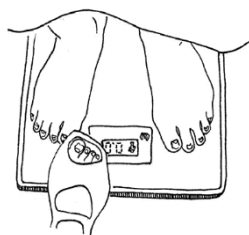
- از همکار/ مادر بخواهید کفش و لباس های کودک یا پوشک او را درآورد. توضیح دهید که برای به دست آوردن وزن دقیق کودک، لازم است تا لباس های کودک، به جز زیرپوش وی درآورده شود. شیرخواران، باید برهنه وزن شوند و برای گرم نگه داشتن، تا زمان وزن کردن در پتو پیچیده شوند. برای کودکان بزرگتر، باید تمام لباس ها به جز لباس های زیر، درآورده شوند.
- حتی الامکان، اتاق گرم باشد و اگر هوا سرد است یا کودک در مقابل درآوردن لباس مقاومت می کند، می توان کودک را با لباس وزن کرد اما وزن آنها باید از وزن کودک کم شود.
- اگر کودک وسایل زینتی مثل تلیا کلیپس بر سر دارد که با اندازه گیری قد او به روش ایستاده یا خوابیده تداخل دارد، برای جلوگیری از تأخیر در اندازه گیری ها، قبل از وزن کردن کودک، در آورده شوند.

توزین کودک کوچکتر از ۲ سال

- اندازه گیری وزن کودکان زیر ۲ سال با ترازوی مخصوص کودکان که به آن ترازوی کفه ای گفته می شود، انجام می شود. معمولاً این نوع ترازو روی میز قرار داده می شود و دارای کفه ای است که مخصوص گذاشتن کودک بر روی آن است و بسته به سن، کودک به حالت خوابیده و یا نشسته روی کفه قرار می گیرد. در قسمت جلوی ترازو، میله مدرجی است که وزنه روی آن قابل حرکت است. با حرکت دادن وزنه به طرف چپ و راست تعادل را بدست آورده و وزن کودک را بخوانید.
- ترازویی که برای شیرخوار به کار می بریم، باید برای او راحت بوده و قبل از هر بار وزن کردن تنظیم شود.
- اطمینان حاصل شود که ترازو درست کار می کند. حداقل در ابتدای هر شیفت و یکبار دیگر در طول روز ترازو با وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی کنترل شود. همیشه، قبل از توزین کودک ترازو صفر شود.
- روی ترازوی کفه ای، پارچه ای گرم انداخته شود تا از سرما، گریه و ناراحتی شیرخوار پیشگیری شود.
- از مادر بخواهید تا کودک را به دقت و با ملایمت بر روی ترازو قرار دهد.
- شیرخوار بزرگتر از ۷-۸ ماه را می توان در وضعیت نشسته وزن کرد.
- برای اطمینان از صحت توزین باید در لحظه ای که شیرخوار آرام است وزن کودک خوانده شود. برای این کار، می توان با اسباب بازی یا بازی با وی توجه او را جلب کرد و یا به مادر اجازه داد که وقتی کودک بر روی ترازوی

مخصوص توزین شیرخوار (ترازوی کفه‌ای) قرار دارد نزدیک کودک باشد تا کودک آرام و ساکت باشد و شما آماده‌ی خواندن وزن کودک شوید.

- تکرار توزین، ضریب اعتماد را بالا می‌برد.
- عدد درج شده را به درستی و با دقت بخوانید و وزن کودک را ثبت کنید.



توزین کودک بزرگ‌تر از ۲ سال

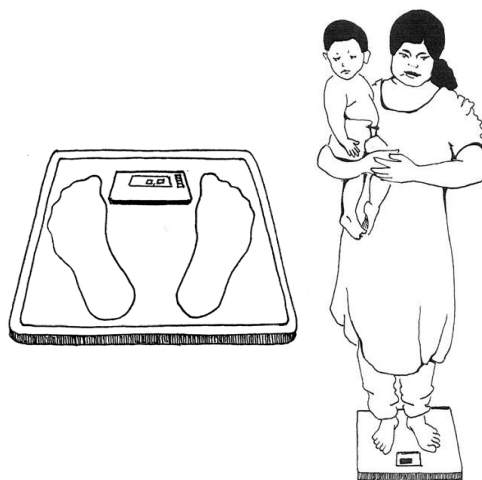
- اندازه‌گیری وزن کودکان بزرگ‌تر از ۲ سال با ترازوی سیار (پرتابل) و یا ترازوی شاهین‌دار انجام می‌شود که باید بر روی سطح صاف گذاشته شود و کودک بدون کفش به حالت ایستاده روی ترازو قرار گیرد. این کودکان می‌توانند بایستند و شما می‌توانید آنها را به تنهایی وزن کنید.
- از مادر بخواهید که در درآوردن کفش و لباس به کودک کمک کند.
- توجه به تنظیم بودن ترازو و دقتی بودن آن ضروری است. در طول روز چندین بار ترازو را با وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی کنترل کنید.
- از کودک بخواهید در وسط ترازو بایستد.
- عدد درج شده (وزن کودک) را به درستی و با دقت و با صدای بلند بخوانید و آن را ثبت کنید.

مراقبت از ابزار اندازه‌گیری

- مراقبت صحیح ابزارهای اندازه‌گیری قد، وزن و دور سر به منظور افزایش ضریب اطمینان و صحت اندازه‌گیری، مسئله‌ی مهمی است.
- وسایل اندازه‌گیری باید تمیز باشند و در دمای معمول اتاق و دور از گرما و رطوبت نگهداری شوند.
- هنگام خرید باید به سالم بودن ترازو توجه کرد و پس از آن نیز سالم بودن ترازو، هفتگی کنترل شود.
- هر روز ابتدا ترازو را با وزنه شاهد کنترل کنید. برای کنترل ترازوهای کفه‌ای از وزنه شاهد ۵۰۰ گرمی و برای کنترل ترازوهای بزرگسال از وزنه شاهد ۲۰۰۰ گرمی استفاده کنید و در صورت امکان حداقل ۲ بار (قبل از اولین توزین و حداقل یکبار دیگر در طی روز) ترازو را با وزنه شاهد کنترل کنید.
- از تعادل ترازو مطمئن شوید. وزنه باید روی عدد صفر قرار گرفته باشد.
- پس از اندازه‌گیری وزن کودک میله مدرج روی صفر قرار گیرد و ترازو قفل شود.

روش توزین کودکان زیر دو سال (همراه با مادر)

- لباس های کودک به جز زیر پوش او را درآورده تا وزن صحیح او به دست آید.
- شیرخواران باید برهنه وزن شوند. برای گرم نگهداشتن، آنان را تا زمان وزن کردن در پتو بپیچید.
- برای کودکان بزرگ تر، باید تمام لباس ها به جز لباس های زیر درآورده شوند.
- مطمئن شوید که ترازو بر سطح صافی قرار دارد.
- در ترازو های نوری باید نور کافی در محیط باشد.
- برای به کار انداختن ترازوی نوری، صفحه نوری آن را برای یک ثانیه بپوشانید. وقتی که اعداد ۰,۰ نمایان شد، ترازو آماده است.
- مادر باید کفش های خود را درآورد.
- کودک برهنه پیچیده شده در پتو نگهداشته شود.
- مادر در وسط ترازو و برجای مشخص شده قرار گیرد.
- لباس های مادر نباید صفحه نمایشگر یا صفحه نوری را بپوشاند.
- به مادر یادآوری کنید که حتی پس از نمایان شدن عدد وزنش بر صفحه نمایشگر، روی ترازو بایستد تا کودک در آغوش وی وزن شود.
- در حالی که هنوز مادر روی ترازو است و وزن وی مشخص شده، صفحه نوری ترازو را برای مدت یک ثانیه بپوشانید.
- ترازو با نشان دادن تصویر کوچک از مادر و کودک و نمایش عدد ۰، مجدداً تنظیم خواهد شد.
- وزن کودک بر صفحه نمایشگر ترازو نمایان خواهد شد.
- وزن با صدای بلند اعلام شود.
- وزن کودک با دقت دهم کیلو گرم ثبت گردد.
- اگر مادر خیلی سنگین وزن (مثلاً بیش از ۱۰۰ کیلو گرم) و وزن شیر خوار کم مثلاً "کمتر از ۲,۵ کیلو گرم ممکن است وزن شیرخوار بر ترازو درج نشود.
- در این قبیل موارد، از یک فرد کم وزن تر برای نگهداشتن کودک بر روی ترازو استفاده کنید.
- به آرامی کودک برهنه را به آغوش مادر داده و از او بخواهید او را در بغل نگه دارد.



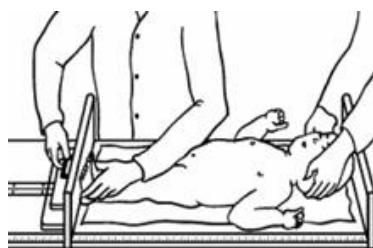
پیوست شماره ۲

اندازه گیری قد کودکان و نوجوانان

- بسته به سن و توانایی کودک در ایستادن، قد خوابیده (Length) یا قد ایستاده (Height) کودک را اندازه گیری کنید.
 - اگر کودک کمتر از ۲ سال دارد، قد خوابیده و اگر ۲ سال یا بیشتر دارد و قادر به ایستادن است قد ایستاده اش را اندازه بگیرید.
 - قد ایستاده، حدود ۰.۷ سانتی متر کمتر از قد خوابیده است. اگر کودک کمتر از ۲ سال، برای اندازه گیری قد خوابیده، دراز نمی کشد، قد ایستاده ی او را اندازه گرفته و ۰.۷ سانتی متر به آن اضافه کنید تا قد خوابیده به دست آید و اگر کودک ۲ ساله یا بزرگتر نتوانست بایستد، قد خوابیده ی او را اندازه گیری نموده و برای تبدیل آن به قد ایستاده، ۰.۷ سانتی متر از آن کم کنید.
 - تخت قدسنج برای اندازه گیری قد خوابیده به کار می رود. این وسیله، باید بر روی یک سطح صاف و محکم قرار گیرد.
 - قدسنج برای اندازه گیری قد ایستاده به کار می رود و به طور عمودی روی دیوار نصب می شود.
 - صفحات افقی و عمودی قدسنج ها باید در زوایای صحیح به بدنه متصل شده باشند.
 - قسمت متحرک در تخت قدسنج بخش پایی و در قدسنج ایستاده مربوط به قسمت سر است.
- آمادگی برای اندازه گیری قد خوابیده یا ایستاده**

- پس از اندازه گیری وزن، برای اندازه گیری قد کودک در حالت ایستاده یا خوابیده آماده شوید .
- کنترل کنید که کفش، جوراب و زینت آلات موی سر کودک قبلاً درآورده شده باشد.
- برای اندازه گیری قد چه به صورت خوابیده و چه به صورت ایستاده، حضور مادر جهت آرام نگه داشتن کودک ضروری است.

اندازه گیری قد خوابیده

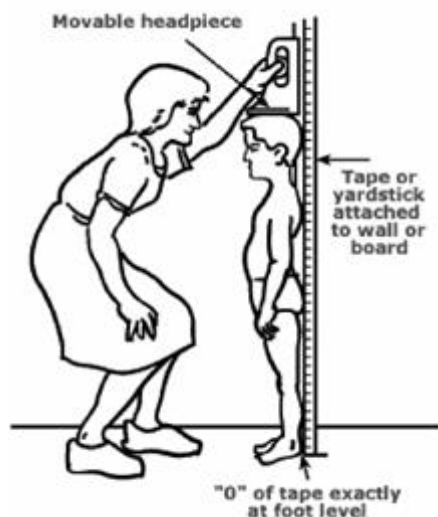


- سطح میز قدسنج را با یک پوشش نازک به منظور رعایت اصول بهداشتی و نیز راحتی کودک بپوشانید.
- به مادر توضیح دهید که چگونه کودک را روی میز قدسنج قرار داده و به نگه داشتن سر کودک هنگامی که شما قد او را اندازه می گیرید، کمک کند.
- به مادر نشان دهید که وقتی کودک را روی میز قرار می دهید، کجا بایستد (برای مثال، مقابل شما و دور از محل قرارگیری متر) همچنین، به او نشان دهید که سر کودک را کجا قرار دهد (در مجاورت دیواره ی ثابت میز قدسنج)
- در کوتاه ترین زمان ممکن، سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید، طوری که یک خط عمودی فرضی از مجرای گوش به حاشیه ی پایینی گودی چشم عمود بر تخت باشد (در این حالت، چشم های کودک باید دقیقاً به

طور مستقیم به بالا نگاه کند) از مادر بخواهید سر کودک را در این وضعیت ثابت نگه دارد. با یک دست پاهای کودک را نگه داشته و با دست دیگر قسمت متحرک انتهای میز را به سمت کف پای او حرکت دهید. با یک فشار آرام به زانوهای کودک، آن‌ها را صاف کنید. توجه داشته باشید فشاری که برای صاف کردن زانوهای در نوزادان اعمال می‌شود با فشار لازم برای صاف کردن زانوهای کودکان بزرگ تر متفاوت است. زانوهای نوزادان، شکننده و آسیب پذیرند و به راحتی صدمه می‌بینند. بنابر این، برای صاف کردن زانوهای نوزادان از حداقل فشار ممکن استفاده کنید.

- در حالی که زانوهای را نگه داشته‌اید، صفحه‌ی متحرک پای را به آرامی به سمت کف پاهای کودک حرکت دهید. کف پاها باید دقیقاً بر صفحه تماس داشته و انگشت شست، صاف و به سمت بالا باشد. در غیر این صورت، یعنی در صورت خمیدگی انگشت شست و یا تماس نبودن کف پاها با صفحه‌ی متحرک پای به آرامی کف پاهای کودک را تحریک کنید و با سرعت و در حالی که کودک انگشت شست پاهایش را صاف کرده، صفحه را نزدیک نموده و به کف پایش بچسبانید. سرعت عمل نکته‌ی مهمی است.
- اندازه را به درستی بخوانید و به سانتی متر و با دقت ۰.۱ سانتی متر بر حسب آخرین خط مدرج اندازه گیری که قابل رؤیت می‌باشد در منحنی‌های مربوطه در کارت مراقبت کودک ثبت نمایید.

اندازه گیری قد ایستاده



- از صحیح بودن محل قرارگیری قدسنج بر روی سطح زمین مطمئن شوید.
- کنترل کنید که کفش، جوراب‌ها و تزئینات موی سر کودک درآورده شده باشند.
- با جلب همکاری مادر، بر روی زمین زانو بزنید تا قد شما هم تراز قد کودک شود.
- به کودک کمک کنید صحیح بایستد و پشت سر، شانه‌ها، برآمدگی باسن، ماهیچه‌ی ساق پا و پاشنه‌ها به صفحه‌ی عمودی مماس باشند.
- سر کودک را در موقعیت صحیح قرار دهید طوری که یک خط افقی از مجرای گوش به حاشیه‌ی پایینی گودی چشم، موازی صفحه‌ی اصلی باشد. در این حالت، سر کودک به طرف روبه‌رو است. برای نگه داشتن سر در این موقعیت، چانه‌ی کودک را با فضای میان انگشت شست و چهار انگشت دیگر خود به‌طور ثابت نگه دارید.
- در صورت لزوم، کمی شکم کودک را به داخل فشار دهید تا قد کامل او را اندازه‌گیری کنید.
- در صورتی که هنوز سر کودک در این موقعیت قرار دارد، از دست دیگران جهت حرکت صفحه‌ی متحرک فوقانی برای مماس کردن آن با سر کودک استفاده کنید.

پیوست شماره ۳

اندازه گیری دور سر (برای شیرخوار زیر ۲ سال)

- برای اندازه گیری دور سر باید از متر غیر قابل ارتجاع استفاده شود.
- متر را روی برجسته‌ترین نقطه‌ی پس سر، در عقب سر قرار داده و در جلو در بالای ابرو قرار دهید، بدین ترتیب بزرگ‌ترین محیط پس‌سری پیشانی اندازه‌گیری می‌شود.
- تکرار اندازه‌گیری، درجه‌ی اطمینان را بالا می‌برد.
- اندازه‌ی دور سر را به درستی خوانده و بر حسب سانتی متر و با دقت ۰.۱ سانتی متر و بر حسب سن کودک بر روی منحنی دور سر برای سن و جنس با دقت ثبت کنید.



پیوست شماره ۴

اندازه گیری دور میانی بازو MUAC (Mid Upper Arm Circumference)

MUAC محیط قسمت فوقانی بازوی چپ است و در نقطه‌ی میانی بین رأس شانه و آرنج و با استفاده از نوار پلاستیکی رنگی اندازه‌گیری می‌شود. نوار MUAC تکه متری است که به شکلی طراحی شده تا بتوان دور میانی بازو را به راحتی اندازه گیری کرد. برای اندازه‌گیری باید مراحل زیر در نظر گرفته شود:

- ۱- بازوی چپ را خم کنید و پس از پیدا کردن رأس آرنج و شانه، نقاط مذکور را با خودکار علامت بزنید.
 - ۲- نقطه‌ی وسط بین نقاط علامت زده شده را مشخص کنید.
 - ۳- سپس در حالی که دست کودک به موازات بدن وی به حالت رها قرار گرفته، میانه‌ی دور بازو را از روی نقطه‌ی علامت‌زده اندازه‌گیری کنید.
 - ۴- دقت کنید که نوار کاملاً مماس بر بازوی کودک باشد (نه آزاد و نه بیش از اندازه کشیده شده باشد).
 - ۵- دقت کنید که پوست و عضلات کودکان دچار سوء تغذیه بسیار شل بوده و کوچک‌ترین فشار اضافی می‌تواند باعث گردد تا محیط میانه‌ی بازو کم تر از حد واقعی اندازه‌گیری شود.
 - ۶- بلافاصله عدد را خوانده و بر حسب میلیمتر ثبت کنید.
 - ۷- اندازه‌گیری را دوبار انجام دهید تا از صحت عدد قرائت شده اطمینان حاصل کنید. برای قرائت عدد مشاهده شده، عددی که به طور کامل در وسط مستطیل واقع شده است را در نظر می‌گیریم.
- چنانچه محیط میانی دور بازو (MUAC) ≥ 12.5 میلی متر باشد طبیعی است. اما MUAC بین ۱۱.۵ و ۱۲.۵ سوء تغذیه‌ی حاد متوسط و کم تر از ۱۱.۵ میلی متر سوء تغذیه‌ی حاد شدید در نظر گرفته می‌شود. اغلب کودکان دچار سوء تغذیه‌ی حاد شدید به این ترتیب تشخیص داده می‌شوند. در گروه سنی ۶۰-۶ ماه بیش از ۹۹٪ اختصاصی است.

