

แบบบันทึกการประเมินภาวะโภชนาการ/การให้โภชนาบำบัด วันที่/...../.....

1.ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....Admit date/...../.....

☐ หญิง อายุ.....ปี

หอผู้ป่วย.....HN.....AN.....เตียง.....แพทย์เจ้าของไข้

☐ ชาย อายุ.....ปี

Diagnosis

Problem list Nutrition Consult.....นักโภชนาการ/โภชนาการ.....

2.Nutrition Assessment (ABCD) BMI..... kg/m²

A : ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนักปกติ (UW)กก. น้ำหนักปัจจุบัน (AW).....กก. IBW.....kg.

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ☐ ลดลง.....กก. ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ปกติ
 ปัญหาการรับประทานอาหาร ☐ ท้องเสีย ☐ คลื่นไส้อาเจียน ☐ ไม่มี
 ความสามารถในการทำงาน ☐ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้

B :	วันที่.....	วันที่.....	Total Protein	6-8g/dl	วันที่.....	วันที่.....
Alb	3.5-5.2 g/dL		FBS	70-110mg/dl		
Cr	0.50-1.50mg/dl		DTX	70-110mg/dl		
BUN	6-20mg/dl		Hba1c	4.0-6.5%		
eGFR	3a,3b		Total Cholesterol	100-200mg/dl		
Na	135-146mEq/L		HDL	35-90mg/dl		
K	3.5-5.5mEq/L		LDL	0-100mg/dl		
Co2	22-29mg/dl		TG	80-150mg/dl		
Ca	8.4-10.2mg/dl		SGOT	0-30U/L		
Mg	1.6-2.4mg/dl		SGPT	0-40U/L		
P	2.5-4.5mg/dl		Uric acid	3.0-7.0mg/dl		

C : ☐ ไขมันได้ผิวหนังลดลง ☐ กล้ามเนื้อฝ่อ(ขมับบวม,กล้ามเนื้อลิบ,แขนลิบ,ขาลิบ)
☐ บวมที่หลังเท้า/บวมทั้งตัว ☐ การเปลี่ยนแปลงของผผ (ร่วงตึงติดมือมากับมือ 3-5 ครั้ง)
☐ มีน้ำในช่องท้อง ☐ มีแผลกดทับที่
☐ รอยโรคที่ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ อื่นๆ

D : ความต้องการของพลังงาน.....kcal/day (Factor..... *) หรือคำสั่งแพทย์สำหรับผู้ป่วยใน*

Protein Requirement.....g/day or Protein% / Energy ☐ NPO

☐ Regular diet ☐ Clear/Full liquid diet ☐ Specific diet
☐ Soft diet ☐ อาหารเสริมระหว่างมือ ☐ BD

Problem list Nutrition	Nutrition Therapy	Goal
☐ รับประทาน CHO ไม่เพียงพอ	แนะนำอาหารKcal/day.	Energy Kcal/day
☐ ได้รับProt ไม่เพียงพอ	☐ 50:20:30 ☐ 55:15:30 ☐	BW KG
☐ รับประทานไขมันไม่เพียงพอ	จัดข้าวแป้ง,วิธีแลกเปลี่ยน..... ส่วน/มือ	Albumin g/dl
☐ รับประทานโซเดียมสูง	จัดเนื้อสัตว์ ส่วน/มือ	
☐ Malnutrition	จัดผักใบ ส่วน/มือ	
☐ Inadequate intake	จัดผลไม้ ส่วน/มือ	
☐ Low Albumin	จัดใช้น้ำมันกลุ่มMufa,Fufaส่วน/มือ	
☐	แนะนำหลีกเลี่ยง อาหารทอด,อาหารแปรรูป	
☐		
☐		

