



Better Nutrition for Better Life

แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ

สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ข้อมูลผู้ป่วย

วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล.....

HN.....AN.....อายุ.....ปี

หอผู้ป่วย.....

โรค.....

น้ำหนักปัจจุบัน.....Kg

ประเมินน้ำหนักโดย ชั่ง ชักถาม ประเมิน

ส่วนสูง.....CM

หัวข้อการคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่						
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (เกินกว่า 7 วัน)						
3. BMI < 18.5 หรือ > 25.0 Kg/m ² หรือไม่						
4. ผู้ป่วยมีภาวะโรควิกฤต หรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่						
	ผู้คัดกรอง					

ผลการคัดกรอง

ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ให้ Notify นักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้ประเมิน ซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล



Better Nutrition for Better Life

แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ

สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ข้อมูลผู้ป่วย

วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล.....

HN.....AN.....อายุ.....ปี

หอผู้ป่วย.....

โรค.....

น้ำหนักปัจจุบัน.....Kg

ประเมินน้ำหนักโดย ชั่ง ชักถาม ประเมิน

ส่วนสูง.....CM

หัวข้อการคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่						
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (เกินกว่า 7 วัน)						
3. BMI < 18.5 หรือ > 25.0 Kg/m ² หรือไม่						
4. ผู้ป่วยมีภาวะโรควิกฤต หรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่						
	ผู้คัดกรอง					

ผลการคัดกรอง

ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ให้ Notify นักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้ประเมิน ซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล