

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU KHÁM VÀ TƯ VẤN
CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG
(Phòng khám chuyên khoa dinh dưỡng)

MS: DD-01
Mã QR (nếu có)

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam Nữ

Bệnh sử:

Chẩn đoán:

Tiền sử:

Cân nặng (CN):kg Chiều cao (CC):.....m BMI:kg/m²

Đối với bệnh nhi: Chiều cao/chiều dài: (cm) ; CN/CC hoặc BMI:

CN chuẩn so với tuổi: SD CC chuẩn so với tuổi:SD (Theo hướng dẫn của Tổ chức Y thế giới)

1. Khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng (DD)

Lâm sàng	Cận lâm sàng	Điều tra khẩu phần/ thói quen ăn uống
Toàn trạng, cơ.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Bác sỹ Dinh dưỡng /CNDD
(Ký, ghi rõ họ tên)

2. Chẩn đoán và hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho người bệnh

Chẩn đoán dinh dưỡng:

Mục tiêu mong chờ:

Hướng dẫn chế độ DD:

Dặn dò khác:

Cung cấp thực đơn mẫu: Có

Không

3. Hẹn khám lại: sau.....ngày hoặc nếu có bất thường tái khám ngay để điều chỉnh chế độ dinh dưỡng
(Những lần sau tái khám mang theo thực đơn cũ).

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ Dinh dưỡng /CNDD

(Ký, ghi rõ họ tên)