

عيادة التغذية العلاجية

البريد الإلكتروني: info@clinic.com

الهاتف / الواتساب : 00966XXXXXXXX

العنوان : الرياض، المملكة العربية السعودية

مساحة شعار العيادة

التقييم الغذائي (Nutrition Assessment)

أولاً: البيانات الأساسية :

الاسم الكامل :	رقم الملف :	التاريخ 202 / /
العمر : سنة	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	الحالة الاجتماعية ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أخرى
المهنة :	رقم الهاتف :	
سبب الزيارة :		
الهدف من المتابعة:		
☐ خسارة الوزن ☐ زيادة الوزن ☐ التغذية العلاجية ☐ التغذية الرياضية		
☐ تحسين العادات الغذائية ☐ بناء الكتلة العضلية ☐ تحسين المؤشرات الصحية ☐ الحمل أو الرضاعة		
☐ هدف آخر :		

○ ثانياً: التاريخ الطبي :

الأمراض الحالية:

- ☐ السكري ☐ ارتفاع ضغط الدم ☐ اضطرابات الدهون ☐ أمراض القلب ☐ أمراض الكلى
☐ أمراض الكبد ☐ كرون ☐ التهاب القولون التقرحي ☐ تكيس المبايض ☐ اضطرابات الغدة الدرقية
☐ القولون العصبي ☐ الارتجاع المعدي ☐ فقر الدم ☐ عدم تحمل اللاكتوز ☐ السيلياك
☐ حساسية غذائية ☐ أخرى : _____

العمليات الجراحية : _____

الأدوية الحالية : _____

المكملات الغذائية : _____

التاريخ العائلي:

- ☐ السكري ☐ ارتفاع الضغط ☐ السممة ☐ أمراض القلب ☐ السرطان ☐ أخرى : _____

ثالثاً: القياسات الجسمية :

الوزن المستهدف	الوزن المعناد	BMI	الوزن (كجم)	الطول (سم)
محيط الخصر (سم)	TDEE	BMR	(%) الكتلة العضلية	(%) نسبة الدهون

○ رابعاً: النتائج المخبرية :

النَّيْجَة	الفحص	النَّيْجَة	الفحص	النَّيْجَة	الفحص
	FBG		Triglycerides		Creatinine
	HbA1c		Hemoglobin		ALT/AST
	Total Cholesterol		Ferritin		TSH
	LDL		Vitamin D		تحاليل أخرى
	HDL		Vitamin B12		تحاليل أخرى

○ خامساً: التقييم السريري :

المضغ والبلع ☐ طبيعي ☐ صعوبة في المضغ ☐ صعوبة في البلع ☐	الشهية ☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة ☐
الأعراض الهضمية:	
إمساك ☐ إسهال ☐ عثيان ☐ قيء ☐ انتفاخ ☐ غازات ☐ ارتجاع ☐ حرقة ☐ أخرى ☐	
علامات سريرية:	
جفاف ☐ وذمة ☐ شحوب ☐ تساقط شعر ☐ تقرحات الفم ☐ أخرى ☐	

○ سادساً: تقييم نمط الحياة :

جودة النوم ☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة ☐	النوم _____ ساعة / يوم
النشاط البدني ☐ خامل ☐ خفيف ☐ متوسط ☐ مرتفع ☐	
عدد الأيام أسبوعياً _____ أيام	نوع النشاط _____ :
مستوى التوتر ☐ منخفض ☐ متوسط ☐ مرتفع ☐	شرب الماء _____ لتر / اليوم
لتدخين ☐ نعم ☐ لا ☐	

○ سابعاً: التقييم الغذائي

عدد الوجبات الخفيفة : _____	عدد الوجبات الرئيسية : _____
عدد أكواب القهوة يوميا : _____	تناول الطعام خارج المنزل : _____ مرات /أسبوع
الحساسية الغذائية : _____	المشروبات الغازية : _____
عدم تحمل الأغذية : _____	

ثامناً: الاستدكار الغذائي خلال 24 ساعة :

الوجبة	التفاصيل (الأصناف والكميات)
الإفطار	
وجبة خفيفة	
الغداء	
وجبة خفيفة	
العشاء	
أخرى	

✓ كمية الماء الإجمالية () : لتر

○ تاسعاً: التشخيص والخطة

التشخيص الغذائي: (PES)
الأهداف:
التدخل الغذائي:
موعد المتابعة توقيع الأخصائي: _____ / ____ / 202__