

# NUTRITION ALERT FORM แบบประเมินภาวะโภชนาการ



Better Nutrition for Better Life

ชื่อ-สกุล	ชาย	หญิง	อายุ	ปี	HN	วัน/เดือน/ปีที่รับ		
การวินิจฉัยเบื้องต้น	ข้อมูลจาก ผู้ป่วย ญาติ อื่นๆ							
ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องโดยเลือกเพียง 1 ช่องในแต่ละหัวข้อใหญ่และหัวข้อย่อย (ยกเว้น 6,8 เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง) และใส่คะแนนในช่อง								
<b>1. ส่วนสูง/ ความยาวตัว/ ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span)</b> วัดส่วนสูง      ซม.    วัดความยาวตัว      ซม.    Arm span      ซม.    ญาติบอก      ซม.						คะแนน ครั้งที่ 1	คะแนน ครั้งที่ 2	คะแนน ครั้งที่ 3
<b>2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.)/ ส่วนสูง (ม.)<sup>2</sup>)</b>						น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก
<b>2.1 น้ำหนัก</b> <input type="checkbox"/> ชั่งในท่านอน (1) <input type="checkbox"/> ชั่งในทำยืน (0) <input type="checkbox"/> ชั่งไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> ญาติบอก (0)						กก.    คะแนน	กก.    คะแนน	กก.    คะแนน
<b>2.2 BMI</b> <input type="checkbox"/> BMI < 17.0 กก./ ม <sup>2</sup> (2) <input type="checkbox"/> BMI 17.0-18.0 กก./ ม <sup>2</sup> (1) <input type="checkbox"/> BMI 18.1-29.9 กก./ ม <sup>2</sup> (0) <input type="checkbox"/> BMI ≥ 30.0 (1)						BMI	BMI	BMI
หากไม่ทราบน้ำหนัก ใช้ผล Albumin หรือ ผล Total Lymphocyte Count (TLC)						Albumin	Albumin	Albumin
<b>2.1 ผล Albumin</b> <input type="checkbox"/> ≤ 2.5 g/dl (< 25 g/l) (3) <input type="checkbox"/> 2.6-2.9 g/dl (26-29 g/l) (2) <input type="checkbox"/> 3.0-3.5 g/dl (30-35 g/l) (1) <input type="checkbox"/> >3.5 g/dl (35 g/l) (0)						g/dl    คะแนน	g/dl    คะแนน	g/dl    คะแนน
<b>2.2 ผล TLC</b> <input type="checkbox"/> ≤ 1,000 cells/mm <sup>2</sup> (3) <input type="checkbox"/> 1,001-1,200 cells/mm <sup>2</sup> (2) <input type="checkbox"/> 1,201-1,500 cells/mm <sup>2</sup> (1) <input type="checkbox"/> >1,500 cells/mm <sup>2</sup> (0) [TLC = (Total WBC X % Lymphocyte)/ 100]  อย่างไร้ขงหนึ่ง						TLC	TLC	TLC
<b>3. รูปร่างของผู้ป่วย</b> <input type="checkbox"/> ผอมมาก (2) <input type="checkbox"/> ผอม (1) <input type="checkbox"/> อ้วนมาก (1) <input type="checkbox"/> ปกติ-อ้วนปานกลาง (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์</b> <input type="checkbox"/> ลดลง/พอมลง (2) <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/อ้วนขึ้น (1) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0) <input type="checkbox"/> คงเดิม (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา</b>								
<b>5.1 ลักษณะอาหาร</b> <input type="checkbox"/> อาหารน้ำๆ (2) <input type="checkbox"/> อาหารเหลวๆ (2) <input type="checkbox"/> อาหารนุ่มกว่าปกติ (1) <input type="checkbox"/> อาหารเหมือนปกติ (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>5.2 ปริมาณที่กิน</b> <input type="checkbox"/> กินน้อยมาก (2) <input type="checkbox"/> กินน้อยลง (1) <input type="checkbox"/> กินมากขึ้น (0) <input type="checkbox"/> กินเท่าปกติ (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>6. อาการต่อเนื่อง &gt; 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)</b>								
<b>6.1 ปัญหาทางการเคี้ยว/กลืนอาหาร</b> <input type="checkbox"/> ลำลัก (2) <input type="checkbox"/> เคี้ยว/กลืนลำบาก/ได้อาหารทางสายยาง (2) <input type="checkbox"/> กลืนได้ปกติ (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>6.2 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร</b> <input type="checkbox"/> ท้องเสีย (2) <input type="checkbox"/> ปวดท้อง (2) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>6.3 ปัญหาระหว่างกินอาหาร</b> <input type="checkbox"/> อาเจียน (2) <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ (2) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร</b> <input type="checkbox"/> นอนติดเตียง (2) <input type="checkbox"/> ต้องมีผู้ช่วยบ้าง (1) <input type="checkbox"/> นั่งๆ นอนๆ (0) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)						คะแนน	คะแนน	คะแนน
<b>8. โรคที่เป็นอยู่ โดยต้องแจ้งให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)</b>								
โรคที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> DM (เบาหวาน) (3) <input type="checkbox"/> CKD-ESRD (ไตเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Septicemia (ติดเชื้อในกระแสเลือด) (3) <input type="checkbox"/> Solid cancer (มะเร็งทั่วไป) (3) <input type="checkbox"/> Chronic heart failure (หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Hip fracture (ข้อสะโพกหัก) (3) <input type="checkbox"/> COPD (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Severe head injury (บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง) (3) <input type="checkbox"/> ≥ 2° of burn (แผลไฟไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป) (3) <input type="checkbox"/> CLD/Cirrhosis/Hepati cencaph (ตับเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> อื่นๆ* _____ (3)			โรคที่มีความรุนแรงมาก (6 คะแนน) <input type="checkbox"/> Severe pneumonia (ปอดบวมขั้นรุนแรง) (6) <input type="checkbox"/> Critically ill (ผู้ป่วยวิกฤติ) (6) <input type="checkbox"/> Multiple fracture (กระดูกหักหลายตำแหน่ง) (6) <input type="checkbox"/> Stroke/CVA (อัมพาต) (6) <input type="checkbox"/> Malignant hematologic disease/Bone marrow transplant (มะเร็งเม็ดเลือด/ปลูกถ่ายไขกระดูก) (6) <input type="checkbox"/> อื่นๆ* _____ (6)			คะแนน	คะแนน	คะแนน
*หากไม่ตรงโรคที่มี ให้คะแนนตามความหนักเบา								

วันเดือนปี	วันเดือนปี	วันเดือนปี
ครั้งที่ 1 คะแนนรวม	ครั้งที่ 2 คะแนนรวม	ครั้งที่ 3 คะแนนรวม
A B C	A B C	A B C

0-5 คะแนน (NAF = A : Normal-Mild malnutrition) ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินภาวะโภชนาการ ซ้ำภายใน 7 วัน	6-10 คะแนน (NAF = B : Moderate malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผล ทันทีพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ให้นักกำหนด อาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 3 วัน	≥ 11 คะแนน (NAF = C : Severe malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผล ทันทีมีภาวะทุพโภชนาการ ให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษา ภายใน 24 ชั่วโมง
A	B	C

# GUIDE TO MAKE DIET ORDER

Weight  kg      Height  cm      IBW\*  kg

<b>Energy Requirement**</b>	<input type="checkbox"/> 25 kcal/IBW <input type="checkbox"/> 30 kcal/IBW	<input type="text"/> kcal/day
	<input type="checkbox"/> 35 kcal/IBW <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	

<b>Protein Requirement</b>	<input type="checkbox"/> 1.0 g/IBW <input type="checkbox"/> 1.2 g/IBW <input type="checkbox"/> 1.3 g/IBW	<input type="text"/> g/day
	<input type="checkbox"/> 1.5 g/IBW <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	

<b>Diet</b>	<input type="checkbox"/> Regular diet <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low salt <input type="checkbox"/> Low fat <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low salt <input type="checkbox"/> Low fat <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Full liquid diet <input type="checkbox"/> Clear liquid diet <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	Re quired diet = <input type="text"/>
-------------	---	--

<b>Oral Supplement</b>	<input type="checkbox"/> Standard formula (CHO:PRO:FAT=55:15:30*, Complete & Balance) <input type="checkbox"/> DM formula (Low glycemic index) <input type="checkbox"/> Renal dialysis formula (Energy & Proteindense, Low Na, P, K, fluid) <input type="checkbox"/> Cancer formula (Energydense, High protein, High EPA) <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml/meal <input type="checkbox"/> <input type="text"/> meal Frequency/day
------------------------	---	--

<b>Tube Feeding</b>	<input type="checkbox"/> Standard formula (CHO:PRO:FAT=55:15:30*, Complete & Balance) <input type="checkbox"/> DM formula (Low glycemic index) <input type="checkbox"/> Renal dialysis formula (Energy & Proteindense, Low Na, P, K, fluid) <input type="checkbox"/> Cancer formula (Energydense, High protein, High EPA) <input type="checkbox"/> Pulmonary disease formula (CHO:PRO:FAT=40:15:45) <input type="checkbox"/> Hepatic encephalopathy formula (High branched chain amino acid) <input type="checkbox"/> BD <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml/meal <input type="checkbox"/> <input type="text"/> meal Frequency/day
---------------------	--	--

\*IBW : Male = Height (cm.) -100, Female = Height (cm.) -105

\*\*Energy : 25 kcal/IBW for sedentary lifestyle, 30 kcal/IBW for normal, 35 kcal/IBW for active lifestyle

Kcal/IBW	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
25	1000	1050	1100	1150	1200	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750	1800	1850	1900	1950	2000	2050	2100	2150	2200	2250
30	1200	1260	1320	1380	1440	1500	1560	1620	1680	1740	1800	1860	1920	1980	2040	2100	2160	2220	2280	2340	2400	2460	2520	2580	2640	2700
35	1400	1470	1540	1610	1680	1750	1820	1890	1960	2030	2100	2170	2240	2310	2380	2450	2520	2590	2660	2730	2800	2870	2940	3010	3080	3150

Protein : 1.0 g/IBW for normal, 1.2 g/IBW for hemodialysis, 1.3 g/IBW for peritoneal dialysis, 1.5 g/IBW for moderate-severe catabolism

g/IBW	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
1.0	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66.0	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
1.2	48	50	53	55	58	60	62	65	67	70	72	74	77	79.2	82	84	86	89	91	94	96	98	101	103	106	108
1.3	52	55	57	60	62	65	68	70	73	75	78	81	86	85.8	88	91	94	96	99	101	104	107	109	112	114	117
1.5	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	99	99.0	102	105	108	111	114	117	120	123	126	129	132	135

Ordered by  D/M/Y  Time

o ตารางปริมาณสารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ 2546

\$American Diabetes Association: Diabetes Care 2005;28(suppl 1):S4-S36, American Diabetes Association: Diabetes Care 2006;29(suppl 1):S4-S42

Guide to make Diet Order : ตรวจสอบและดัดแปลงข้อมูลโดย ศ.นพ.สุรัตน์ โคมินทร์ หน่วยโภชนวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ รพ.รามาธิบดี

## คู่มือการใช้ Nutrition Alert Form

โดยกรอกข้อมูลเบื้องต้นทั้งหมดของผู้ป่วย (แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป) และกรอกข้อมูลที่ได้จากใครหรือจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้น โปรดดูคำอธิบายในข้อ 8

### 1. ส่วนสูง/ความยาวตัว/ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span)

ถ้าวัดส่วนสูงไม่ได้ : วัดความยาวตัว จากกลางศีรษะ ถึง ปลายเท้าโดยผู้ป่วยนอนราบ ไม่หนุนหมอน  
: วัดความยาวช่วงแขน จากปลายนิ้วกลางข้างหนึ่ง ถึง ปลายนิ้วกลางอีกข้างหนึ่งขณะกางแขนตั้งฉากกับ ลำตัว (หากเป็นไปได้ ไม่ควรวัดครั้งเดียวแล้วคูณสอง เพราะมีโอกาสผิดพลาดได้มากกว่า)

### 2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย [ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.) ÷ (ส่วนสูง (ม.) × ส่วนสูง (ม.))]

ถ้าทราบน้ำหนัก : ชั่งไปทำข้อ 3

ถ้าไม่ทราบน้ำหนัก : ใช้ผล Albumin หากไม่ทราบผล Albumin ให้ใช้ผล Total Lymphocyte Count (TLC)

$$[TLC = (Total\ WBC \times Lymphocyte) \div 100]$$

### 3. รูปร่างของผู้ป่วย

ใช้ความรู้สึของผู้ทำการประเมินตัดสินใจเมื่อเห็นผู้ป่วย

### 4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์

ถามผู้ป่วยหรือญาติใกล้เคียงว่า ลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือ อ้วนขึ้นหรือผอมลง

### 5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลักษณะอาหาร :

“อาหารน้ำๆ” (Clear liquid diet: อาหารน้ำใส) ได้แก่ น้ำข้าวใส น้ำหวาน น้ำดื่มผักใส น้ำผลไม้ใสกรองกากออก ชุปน้ำใส

“อาหารเหลวๆ” (Full liquid diet: อาหารน้ำข้น) ได้แก่ ชุปครีม ชุปน้ำข้น คัสตาร์ด วุ้น น้ำผลไม้รวมกาก รวมถึงอาหารปั่นและ อาหารทางการแพทย์

“อาหารนุ่มกว่าปกติ” (Soft diet: อาหารอ่อน) ได้แก่ โจ๊ก ข้าวต้ม มะกะโรนี ไข่ลวก ไข่กวน ผักต้มเปื่อย ก๋วยเตี๋ยวสุก มะละกอสุก อาหารอื่นและผลไม้ที่กินได้ลิ้นคอ โดยไม่ต้องเคี้ยวมาก

“อาหารเหมือนปกติ” (Regular diet: อาหารปกติ) ได้แก่ ข้าวและกับข้าวทั่วไป ผัก-ผลไม้ทุกชนิด

ปริมาณอาหาร : เทียบกับที่ผู้ป่วยเคยกินขณะมีสุขภาพดี

### 6. อาการต่อเนื่อง > 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

ถามผู้ป่วยหรือญาติหรือดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

### 7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร

เพื่อดูความสามารถในการเข้าถึงอาหารของผู้ป่วย

### 8. โรคที่เป็นอยู่\* โดยต้องแจ้งให้บันทึกกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)

CKD-ESRD : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จนถึงไตวายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างไตทางผนังช่องท้อง ไม่รวมผู้ป่วย ที่ปลูกถ่ายไตที่ไม่มี rejection

Solid cancer : ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ รวมทั้ง Lymphoma แต่ไม่รวมถึงมะเร็งเม็ดโลหิตจําพวกภักลิติเมีย (Leukemia) และผู้ที่เป็น เนื้องอกธรรมดา (Tumor)

\*โรคอื่นๆที่นอกเหนือจากที่ระบุในข้อ 8 นี้ สามารถกรอกเพิ่มเติมได้ที่ “การวินิจฉัยเบื้องต้น” เพื่อเก็บข้อมูลของผู้ป่วย

รวมคะแนนและแปลผล