|  |
| --- |
|  **فرم اطلاعات 3ماهه بخش تغذیه بیمارستانها (دولتی- خصوصی و...) سال ..............** **نام بیمارستان : شهرستان: اطلاعات 3 ماهه : اول دوم سوم چهارم**  |
| **ردیف** | سوال | پاسخ | توضیح |
| **A** | **تعداد کارشناسان تغذیه استخدامی - قراردادی – طرحی و ...** |  |  |
| **B** | **تعداد تخت بستری بخشهای ICU – CCU – NICU - دیالیز بترتیب** |  |  |  |  |
| **C** | **تعداد تخت بستری فعال بیمارستان** |  |  |
| **D** | **آیا بیمارستان دارای منوی غذایی متنوع می باشد** حداقل دونوع غذا |  |  |
| **E** | **تعداد برگزاری دوره آموزشی برای کارکنان و....** |  | در بیمارستانهای برونسپاری شده |
| **1** | **میزان پوشش مراقبت تغذیه ای بیماران بخشهای PICU/ICU** پاسخ به درصد |  | که بیماروهمراه از منوانتخاب نماید |
| **2** | **میزان پوشش مراقبت تغذیه ای بیماران بخشهای دیالیزوپیوند**  // // |  |  |
| **3** | **میزان استفاده ازگاواژتجاری برای بیماران بستری در ICU** پاسخ به درصد |  |  |
| **4** | **آیا اطلاعات رژیم غذایی بیماران از طریق سیستم HIS اعلام می گردد** |  |  |
| **5** | **آیا حداقل دونوبت میان وعده برای گروههای آسیب پذیر توزیع می گردد** |  |  |
| **6** | **آیا امورات پخت وپز در آشپزخانه خود بیمارستان انجام می شود** |  |  |
| **7** | **استفاده از ظروف چینی یا آرکوپال برای بیماران غیرعفونی وغیرایزوله** |  |  |
| **8** | **آیا برای حمل غذادربخشها ازترولی گرمخانه داراستفاده می شود** |  |  |
| **9** | **آیا تجهیزات پخت وپز آشپزخانه صنعتی هستند(دیگها-کباب پز و...)** |  |  |
| **10** | **میزان دریافت رژیم وبرنامه غذایی توسط بیماران ترخیص شده طی 3 ماه قبل** |  | درصد نسبت به کل مرخص شده ها |
| **11** | **امتیاز آخرین اعتباربخشی**  |  |  |
| **12** | **میزان رضایتمندی بیماران از مشاوره تغذیه (به درصد)** |  |  |
| **13** | **میزان رضایتمندی بیماران از خدمات غذایی (به درصد)** |  |  |
| **14** | **درصدمشارکت کارشناس تغذیه درعقد قرارداد بخش تغذیه** |  |  |
| **15** | **میزان پوشش مراقبت تغذیه ای بیماران دربخشهای سوختگی** // // |  |  |
| **16** | **وجود کلینیک سرپایی فعال تغذیه (بلی یاخیر)** |  |  |

**نام نام خانوادگی مسئول بخش تغذیه: تاریخ تکمیل فرم: امضاء و مهر**