

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۶-۱۸ سال

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن

مرد

معیار الگوی تغذیه:

۱. مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟
 - گزینه اول: بندرت /هرگز
 - گزینه دوم: کمتر از ۲ سهم
 - گزینه سوم: ۲ سهم یا بیشتر
۲. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟
 - گزینه اول: بندرت /هرگز
 - گزینه دوم: کمتر از ۳ سهم
 - گزینه سوم: ۳ سهم یا بیشتر
۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟
 - گزینه اول: بندرت /هرگز
 - گزینه دوم: کمتر از ۳ سهم
 - گزینه سوم: ۳ سهم یا بیشتر
۴. چقدر فست فود /تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند چیپس ، پفک ، نوشابه ، آب میوه صنعتی و...) مصرف می کنید؟
 - گزینه اول: تقریباً هر روز
 - گزینه دوم: هفتگی (هفته ای یکی دوبار)
 - گزینه سوم: بندرت /هرگز
۵. چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟
 - گزینه اول: ۲ وعده یا کمتر
 - گزینه دوم: ۳ - ۴ وعده
 - گزینه سوم: ۵ وعده
۶. چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازیهای الکترونیکی بدون تحرک استفاده می کنید؟
 - گزینه اول: بیشتر از دو ساعت
 - گزینه دوم: دو ساعت
 - گزینه سوم: کمتر از دو ساعت
۷. در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۴۲۰ دقیقه در هفته معادل با ۶۰ دقیقه در روز با تواتر ۷ روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و...)
 - گزینه اول: تقریباً "بدون فعالیت بدنی هدفمند"
 - گزینه دوم: متر از ۴۲۰ دقیقه در هفته
 - گزینه سوم: ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۱۸-۲۹ سال

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن

مرد

معیار الکوی تغذیه:

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟
 - گزینه اول: بندرت /هرگز
 - گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
 - گزینه سوم: ۲ تا ۴ واحد یا بیشتر
۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟
 - گزینه اول: بندرت /هرگز
 - گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد
 - گزینه سوم: ۳ تا ۵ واحد
۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟
 - گزینه اول: بندرت /هرگز
 - گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
 - گزینه سوم: ۲ = واحد یا بیشتر
۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟
 - گزینه اول: همیشه
 - گزینه دوم: گاهی
 - گزینه سوم: بندرت /هرگز
۵. چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟
 - گزینه اول: هفته ای ۲ بار یا بیشتر
 - گزینه دوم: ماهی ۱ - ۲ بار
 - گزینه سوم: بندرت /هرگز
۶. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟
 - گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی
 - گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد
 - گزینه سوم: فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)
۷. در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۱۵۰ دقیقه در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و...)
 - گزینه اول: تقریبا "بدون فعالیت بدنی هدفمند"
 - گزینه دوم: کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته
 - گزینه سوم: ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۳۰-۵۹ سال

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن

مرد

معیار الگوی تغذیه:

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟

گزینه اول: بندرت / هرگز

گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد

گزینه سوم: ۲ تا ۴ واحد یا بیشتر

۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟

گزینه اول: بندرت / هرگز

گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد

گزینه سوم: ۳ تا ۵ واحد

۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟

گزینه اول: بندرت / هرگز

گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد

گزینه سوم: ۲ = واحد یا بیشتر

۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟

گزینه اول: همیشه

گزینه دوم: گاهی

گزینه سوم: بندرت / هرگز

۵. چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟

گزینه اول: هفته ای ۲ بار یا بیشتر

گزینه دوم: ماهی ۱ - ۲ بار

گزینه سوم: بندرت / هرگز

۶. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟

گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی

گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد

گزینه سوم: فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای سالمندان ۶۰ سال و بالاتر

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن

مرد

معیار الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ :

۱. آیا مصرف غذای شما طی ۳ ماه اخیر بعلت کاهش اشتها، مشکلات گوارشی، مشکلات دندانی و جویدن یا اختلال در بلع کاهش یافته است؟

گزینه اول: کاهش شدید مصرف غذا

گزینه دوم: کاهش متوسط مصرف غذا

گزینه سوم: کاهش نیافتن مصرف غذا

۲. آیا طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟

گزینه اول: بیش از ۳ کیلو گرم کاهش وزن

گزینه دوم: نمی داند

گزینه سوم: بین ۱ تا ۳ کیلو گرم کاهش وزن

گزینه چهارم: بدون کاهش وزن

۳. میزان تحرک معمول شما چقدر است؟

گزینه اول: وابسته به تخت یا صندلی

گزینه دوم: قادر به ترک کردن تخت یا صندلی اما قادر به بیرون رفتن نیست

گزینه سوم: بیرون می رود

۴. آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روحی روانی یا یک بیماری حاد به شما وارد شده است؟

گزینه اول: بلی

گزینه دوم: خیر

۵. آیا مبتلا به مشکلات عصبی یا روانی هستید؟

گزینه اول: فراموشی یا افسردگی شدید

گزینه دوم: فراموشی خفیف

گزینه سوم: فاقد مشکلات روانی (سایکولوژیک)

۶. دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید،

اندازه دور عضله ساق پا:

گزینه اول: کمتر از ۳۱ سانتی متر

گزینه دوم: ۳۱ سانتی متر یا بیشتر

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای سالمندان ۶۰ سال و بالاتر

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن مرد

مرد

معیار الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر:

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟
 گزینه اول: بندرت / هرگز
 گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
 گزینه سوم: ۲ تا ۴ واحد یا بیشتر
۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟
 گزینه اول: بندرت / هرگز
 گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد
 گزینه سوم: ۳ تا ۵ واحد
۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟
 گزینه اول: بندرت / هرگز
 گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
 گزینه سوم: ۲ واحد یا بیشتر
۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟
 گزینه اول: همیشه
 گزینه دوم: گاهی
 گزینه سوم: بندرت / هرگز
۵. چقدر فست فود مصرف می کنید؟
 گزینه اول: هفته ای ۲ بار یا بیشتر
 گزینه دوم: ماهی ۱ - ۲ بار
 گزینه سوم: بندرت / هرگز
۶. چقدر نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟
 گزینه اول: هفته ای ۲ بار یا بیشتر
 گزینه دوم: ماهی ۱ - ۲ بار
 گزینه سوم: بندرت / هرگز
۷. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟
 گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی
 گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد
 گزینه سوم: فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت