**دانشگاه...................... مرکز بهداشت شهرستان ...................... مرکز ارائه خدمت............................**

**مراقبت ادغام یافته سلامت میانسالان- فرم شماره 1 (مراقبت دوره ای سلامت زنان 59-30 سال)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات فردی شماره پرونده خانوار..............................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی .............................................. | | | جنس: زن مرد | | | کد ملی |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
| تاریخ تولد ......./ ......./ ............ | | | تحصیلات ...................................... | | | وضعیت شغلی......................... شغل ..............................وظیفه شغلی........................ | | | | | | | | | | | | | |
| وضعیت تأهل: متأهل مجرد جدا از همسر : ( فوت همسر طلاق دوري بيش از 6 ماه به دلایل دیگر ) تعداد فرزندان ................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آدرس محل سکونت: .......................................................................................................... تلفن منزل................................... تلفن محل کار..................................... تلفن همراه............................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بیمه پایه : دارد ندارد بیمه تکمیلی: دارد ندارد تحت پوشش سازمانهای حمایتی و خیریه: خیر بلی ................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تن سنجی** | **اندازه** | **شاخص** | | **اندازه** | **طبیعی**  **24.9-18.5** BMI =**،90> دورکمر** | | **لاغری**  **18.5>** BMI | | | **اضافه وزن**  **29.9-25** BMI= | | | | **چاقی**  **30≤** BMI | | | **چاقی شکمی**  **90≤ دورکمر** | | |
| قد (‌متر) |  | نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد) | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
| وزن (کیلوگرم) |  | دور کمر (سانتی‌متر) | |  |  | |  | | | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اندازه گیری فشار خون( mmHg)** | **طبیعی**  **کمتر از 80/120** | **پیش فشارخون بالا**  **سيستول بین 120 تا 139 و دياستول بین 80 تا 89** | **فشار خون بالا**  **سيستول 140 و بالاتر و دياستول 90 و بالاتر** |
| **نوبت اول = نوبت دوم در صورت فشارخون بیشتراز 90/140 = میانگین=** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تغذيه /مکمل** : ممنوعيت/ محدوديت/ بیماری/ رژیم غذايي خاص در یک سال گذشته: ندارد دارد نوع ........................................................... علت ......................................................  مکمل مصرفی: .......................... علت مصرف:............................... مصرف منظم مکمل ویتامین د **دارد ندارد**  مکمل ویتامین د تجویز و اهمیت و نحوه مصرف آن آموزش داده شد | | | | | | | | |
| **مصرف گروه‌هاو مواد غذایی** | **تعدادسهم**  **مصرفی** | **تعدادسهم**  **مطلوب** | **مطلوب**  **امتیاز 1** | **نامطلوب**  **امتیاز 0** | **عادات غذایی** | **رفتار**  **مطلوب** | **مطلوب**  **امتیاز 1** | **نامطلوب**  **امتیاز 0** |
| مصرف معمول روزانه لبنیات |  | 3- 2 |  |  | مصرف معمول فست فود، سوسیس،کالباس،پیتزا و.... | به ندرت،هرگز |  |  |
| مصرف معمول روزانه سبزیها |  | 5-3 |  |  | مصرف معمول نوشيدني‌هاي گازدار | به ندرت،هرگز |  |  |
| مصرف معمول روزانه میوه‌ها |  | 4-2 |  |  | نوع روغن مصرفی (معمولی و سرخ کردنی) | گیاهی مایع |  |  |
| استفاده از نمکدان سرسفره توسط فرد | به ندرت،هرگز |  |  |
| آموزش : مصرف ماهی 2 بار در هفته/ حبوبات/ تخم مرغ/ لبنیات کم چرب / نان سبوس دار ، کاهش مصرف سرخ کردنی/ انواع شیرینی/ تنقلات کم ارزش مانند چیپس و....، جداسازی پوست مرغ و چربی گوشت، استفاده از مواد غذایی تازه برای طبخ غذا ، طبخ بخارپز و تنوری **امتیاز الگوی تغذیه= ....................** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فعالیت جسمانی : در صورت عدم فعالیت جسمانی یا محدودیت و ممنوعیت در انجام آن علت را مشخص و در صورت وجود بیماری به پزشک ارجاع دهید.** | | | | | | | |
| **ندارد**  **(ثبت علت)** | **دارد** | فعالیت جسمانی مطلوب = فعالیت جسمانی منظم و مستمر با شدت متوسط ، حداقل 30 دقیقه در روز ، 5 روز یا150 دقیقه در هفته (توضیح در راهنما) | | | | | |
| **نوع** | **شدت** | **مدت در روز(دقیقه)** | **تعداد روزها در هفته** | **زمان در هفته (دقیقه)** | **مطلوب** | **نامطلوب** |
| .................................................................................................................................................................................... | پياده‌روی..................................................... |  |  |  |  |  |  |
| كار / شغل همراه با فعالیت بدنی.......... |  |  |  |  |
| ورزش/ تمرینات تفریحی ورزشی.......... |  |  |  |  |
| سایرفعالیتهای جسمانی......................... |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **درگیری با مصرف دخانیات ، مصرف غیر پزشکی دارو ، الکل و مواد** | **خیر** | **عدم پاسخ** | **مصرف غیر مستیم** | **بلی** | | | | | | |
| **در طول عمر خود کدام یگ از مواد زیر را مصرف کرده اید؟** | دفعات مصرف روزانه/ هفتگی | **سن شروع** | **آیا در سه ماه اخیر مصرف داشته اید؟** | | | **مصرف در سه ماه اخیر** | |
| **خیر** | **عدم تمایل به پاسخ** | **بلی** | **نوع** | **چند وقت یک بار** |
| انواع تنباکو (سیگار، قلیان، چپق ، ناس و...) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مصرف غیر پزشکی دارو : مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، ...) ، داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام،آلپرازولام، فنوباربیتال و....) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| انواع نوشیدنیهای الکلی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مواد افیونی غیر قانونی(تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک...) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| انواع حشیش (سیگاری،گراس، بنگ،...) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| محرک آمفتامینی ( شیشه، اکستازی، اِکس،ریتالین،...) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزیابی روانشناختی** : امتیازکمتر از 10 = دیسترس روانشناختی ندارد، امتیاز 10و بالاتر= دیسترس روانشناختی دارد | اصلا (0) | بندرت (1) | گاهي (2) | بيشتر اوقات(3) | هميشه(4) | **امتیاز** |
| چقدردر 30 روز گذشته احساس مي كرديد مضطرب و عصبي هستيد؟ |  |  |  |  |  |  |
| چقدر در 30 روز گذشته احساس نا آرامي و بيقراري مي كرديد؟ |  |  |  |  |  |
| چقدر در 30 روز گذشته احساس غم و اندوه مي كرديد؟ |  |  |  |  |  |
| چقدر در 30 روز گذشته احساس مي كرديد كه انجام دادن کارهای روزمره براي شما خيلي سخت است؟ |  |  |  |  |  |
| چقدر در 30 روز گذشته احساس نا اميدي مي كرديد؟ |  |  |  |  |  |
| چقدر در 30 روز گذشته احساس بي ارزشي مي كرديد؟ |  |  |  |  |  |
| **دیسترس روانشناختی: ندارد دارد افکار خودکشی :** ند**ارد**   **دارد** **ابتلای فعلی به صرع: ندارد دارد**  **سابقه ابتلا به بیماریهای خفیف روانی:** **ندارد دارد نوع بیماری ..................................... سابقه ابتلا به بیماریهای شدید روانی:** **ندارد دارد** نوع بیماری...................................... | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ایمن سازی، آلرژی، مواجهات شغلی** | **ندارد** | **دارد** |
| نیاز به واکسینا سیون |  | نوع واکسن مورد نیاز : دوگانه هپاتیت آنفلوانزا سایر ............................... واکسن......................تزریق شد |
| عارضه/ آلرژی دارویی/ غذايي |  | نام دارو.................................................. نام ماده غذایی................................................... نوع عارضه ..................................................................... |
| مواجهه با عوامل زیان آور شغلی |  | نوع عامل: شیمیایی فیزیکی بیولوژیک ارگونومیک نام عامل ...................................................................... |

**به علت ................................................ نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط......................... دارد . علت مراجعه بعدی............................. تاریخ مراجعه بعدی...................**

**نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت ...................................................... سمت ............................................................................... تاریخ ....../ ....../ ........**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مراقبت دوره باروری، پیش یائسگی و یائسگی: در صورت قطعیت بارداری ،مراقبت بارداری انجام و خدمات سلامت زنان به پس از زایمان موکول شود. درصورت احتمال بارداری، برای قطعی شدن بارداری اقدام و در صورت تمایل به بارداری طی یک سال آینده، خدمات سلامت زنان و مرا قبت پیش از بارداری انجام شود.** | | | | | | | | |
| **سوابق و شرح حال** | | | | | | | | |
| تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی......../........../......... سن اولین قاعدگی........................... سن اولین زایمان........................... سن یائسگی قطعی..........................  تعداد بارداری .................. تعداد زایمان.............. سابقه شیردهی(ماه).............. استفاده از روش پیشگیری از بارداری: ندارد دارد نوع روش ........................... مدت استفاده....................  سابقه سرطان پستان یا تخمدان در فرد یا بستگان درجه یک: ندارد دارد سابقه رادیوتراپی قفسه سینه **:** دارد ندارد | | | | | | | | |
| **وضعیت باروری** | **بلی(نوع)** | **خیر** | **علائم /شکایات** | **بلی(نوع)** | **خیر** | **علائم / بیماری ها** | **بلی(نوع)** | **خیر** |
| بارداری/ احتمال بارداری |  |  | الیگو منوره، هیپو منوره/آمنوره (غیر حاملگی) |  |  | اختلال رابطه زناشویی /جنسی |  |  |
| تمایل به بارداری تا یک سال بعد |  |  | منو مترو راژی/ هیپرمنوره/ پلی منوره |  |  | گُرگرفتگی/ تعریق شبانه |  |  |
| سابقه هورمون درمانی(استروژنی تنها) |  |  | لکه بینی( بعد مقاربت / بین قاعدگی/ دریائسگی) |  |  | احساس خشکی واژن |  |  |
| شیردهی در حال حاضر |  |  | درد هنگام مقاربت |  |  | بی اختیاری ادراری |  |  |
| سابقه سقط/ مرده زایی/ ماکروزومی |  |  | ترشح واژینال غیرطبیعی/ زخم یا ضایعه تناسلی |  |  | سایر علائم و شکایات کنونی |  |  |
| ناباروری (مردانه،زنانه/ اولیه،ثانویه)  علت..................................................... |  |  | ترشح مجرا/ زخم تناسلی همسر/ در معرض خطر عفونت آمیزشی / ایدز |  |  | بیماری تشخیص داده شده فعلی (پولیپ ، فیبروم و PCO و......) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ارزیابی خشونت خانگی در زنان متاهل: امتیاز 10 و بالاتر** = در معرض خشونت خانگی (همسر آزاری) | اصلا (1) | بندرت (2) | گاهي (3) | بيشتر اوقات(4) | هميشه(5) | **امتیاز** |
| آیا همسر شما تا کنون شما را کتک زده است؟ |  |  |  |  |  |  |
| آیا همسر شما تا کنون به شما توهین کرده است؟ |  |  |  |  |  |
| آیا همسر شما تا کنون شما را تهدید به آسیب کرده است؟ |  |  |  |  |  |
| آیا همسر شما تا کنون بر سر شما فریاد زده است؟ |  |  |  |  |  |
| در صورت امتیاز بالاتر از 10 و تمایل فرد به دریافت کمک ارجاع به روانشناس/ پزشک | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معاینات :** معاینه ژنیکولوژی برای زنان حداقل یک بار ازدواج کرده انجام شود.معاینه پستان در زنان پرخطر سالانه و در زنان بدون نشانه یا عامل خطر هر سه سال انجام شود. | | | | | |
| **معاینه ژنیکولوژی / آموزش همزمان کگل** | **دارد (نوع)** | **ندارد** | **معاینه پستان / آموزش همزمان خود آزمایی** | **دارد (نوع)** | **ندارد** |
| زخم / ضایعه / نمای غیرطبیعی در پرینه یا ولو |  |  | نمای ظاهری غیرطبیعی ( اندازه، قرینگی) |  |  |
| ترشح واژینال غیرطبیعی (رنگ، بو، مقدار و.... از نظر عفونت یا بدخیمی) |  |  | تغییرات غیر طبیعی نیپل و پوستی پستان(پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی، زخم ، پوسته پوسته شدن) |  |  |
| آتروفی/ خشکی و شکنندگی واژن / واژینیسموس |  |  | ترشح از پستان (خودبخودی، سروزی، خونی،چرکی و....) / یک یا دو طرفه / از یک مجرا یا چند مجرا |  |  |
| ضایعات سرویکس ( سرویسیت،پولیپ، زخم، برجستگی و...............) |  |  | توده پستان (محل ،قوام، اندازه، چسبندگی و....) |  |  |
| وضعیت غیر طبیعی در معاینه رحم و آدنکسها |  |  | توده زیر بغل/ فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل ) |  |  |
| شلی عضلات کف لگن و درجه آن (پرولاپس رحم،مثانه،رکتوم، مجرا) |  |  | سایر ...................................................................... |  |  |
| **آموزش ورزش کگل انجام شد** | | | **آموزش خود آزمایی پستان انجام شد** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پاراکلینیک زنان در مورد پاپ اسمیر آموزش داده شد نمونه پاپ اسمیر : تهیه شد تهیه نشد علت...........................................** | | | | | | | | |
| **نوع آزمایش** | **تاریخ انجام**  **آخرین آزمایش** | **نتیجه آخرین آزمایش(ثبت نوع یافته)** \* | | | **تاریخ انجام**  **پاراکلینیک بعدی** | **نتیجه( ثبت نوع یافته)** | | |
| **طبیعی** | **غیرطبیعی** | **نامشخص** | **طبیعی** | **غیرطبیعی** | **نامشخص** |
| پاپ اسمیر\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ماموگرافی\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| سایر........................... |  |  |  |  |  |  |  |  |

**به علت ................................................ نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط......................... دارد . علت مراجعه بعدی............................. تاریخ مراجعه بعدی...................**

**نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت ...................................................... سمت ............................................................................... تاریخ ....../ ....../ ......**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**\* پاپ اسمیر: طبیعی= نرمال، متاپلازی - غیر طبیعی = کد 1. التهاب، کد 2. ASCUS، کد3. مشکوک به بدخیمی (دیس پلازی، نئو پلازی، LSIL، HSILو..) - نامشخص/ نیازمند تکرار : عدم کفایت یا نمونه ناموفق نوع یافته (توده، کلسیفیکاسیون خوش خیم، کلسیفیکاسیون بدخیم، کیست)**

**\*\* ماموگرافی : - طبیعی (BIRAD یک) - نامشخص: BIRAD صفر ( ارزیابی ناقص)**

**- غیر طبیعی / نیازمند پیگیری = کد2 BIRAD : دو (تغییرات خوش خیم) ، کد3: BIRAD سه ( احتمالا خوش خیم : لزوم پیگیری وتکرار مامو گرافی)،**

**کد4:BIRAD چهار و کد 5 : BIRAD پنج ( مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سوابق و شرح حال پزشکی** | | |
| **شکایت/ علامت بیماری کنونی** | **ندارد** | **دارد** |
|  | نوع شکایت/ علامت / بیماری ................................ مدت ابتلا .................................. وضعیت فعلی به اظهار مراجعه کننده .................................. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بررسی ابتلای فعلی به بیماری/ اختلال روانی در افراد با امتیاز K6 مساوی یا بیشتر از 10 یا دارای سابقه بیماری خفیف یا شدید روانی/ داروهای مصرفی** | | | | | | | |
| **نام بیماری / اختلال** | **ندارد** | **دارد** | **نوع داروی مصرفی** | **نام بیماری / اختلال** | **ندارد** | **دارد** | **نوع داروی مصرفی** |
| افسردگی |  |  |  | سایکوز |  |  |  |
| اختلالات اضطرابی |  |  |  | صرع |  |  |  |
| دو قطبی |  |  |  | افکار خود کشی |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری شناخته شده جسمی / عامل خطرو داروهای مصرفی**  ( نوع بیماری/ عامل خطر در خانه مربوط به فرد یا بستگان نوشته شود) | | | | | | | |
| **بیماری / عامل خطر** | **فرد** | **داروی مصرفی** | **بستگان** | **بیماری / عامل خطر** | **فرد** | **داروی مصرفی** | **بستگان** |
| بیماری قلبی عروقی(سکته قلبی یا مغزی ) در فرد یا بیماری قلبی عروقی زودرس (زیر 65 سال) در بستگان درجه یک (والدین یا خواهر ویا برادر ) |  |  |  | سابقه سرطان روده بزرگ یا آدنوم روده بزرگ یا بیماری التهابی روده (پولیپ،آدنوم،کولیت اولسروز، کرون) |  |  |  |
| فشار خون بالا در فرد یا در والدین / خواهر / برادر |  |  |  | سابقه سرطان روده بزرگ در یکی از افراد درجه یک یا یکی از افراد درجه 2 در سن زیر 50 سال |  |  |  |
| دیابت / دیابت بارداری |  |  |  |
| اختلال چربی خون |  |  |  |
| نارسایی کلیه(دیالیز یا کراتینین بیشتر از 2 سرم) |  |  |  | سرطان پستان، تخمدان ، سایر سرطانها |  |  |  |
| سابقه بیماری آسم |  |  |  | بیماریها و اختلالات ژنتیک |  |  |  |
| تجویز اسپری استنشاقی طی یک سال گذشته |  |  |  | مزمن واگیر (هپاتیت، ایدز،سل،.....) |  |  |  |
| کم خونی / |  |  |  | سایربیماریها( مفصلی استخوانی/ گوارشی / ادراری و......)/ عوامل خطر /داروها.................. |  |  |  |
| اختلالات انعقادی |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **علائم /شکایات** | **ندارد** | **دارد (نوع)** | **علائم / شکایات** | **ندارد** | **دارد (نوع)** |
| سرفه سه هفته و بیشتر همراه با تب یا تعریق یا خلط مداوم |  |  | بروز علائم گوارشی طی یک ماه اخیر به صورت: خونریزی دستگاه گوارش تحتانی ، بروز یبوست همراه یا بدون اسهال، درد شكم، احساس پربودن مقعدپس از اجابت مزاج |  |  |
| وجود علائم تنفسی (سرفه بیش از 4 هفته همراه با خس خس مکرر و عودکننده سینه ) طی یک سال گذشته |  |  |
| تنگی نفس بعد از فعالیت فیزیکی یا عفونت تنفسی طی سال گذشته |  |  | کاهش وزن بدون علت در طی 6 ماه به میزان ده درصد |  |  |
| درد/ احساس فشاردر قفسه سینه |  |  | شکایت ادراری (تکرر، سوزش، بی اختیاری ادرار، پررنگ شدن) |  |  |
| تغییر رنگ یا شکل ضایعات پوستی قبلی یا ایجاد ضایعات جدید |  |  | درد/ تورم / محدودیت حرکت در مفاصل/ کمر درد |  |  |
| سایر علائم و شکایات ................................. | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معاينات پزشکی** (مقدار طبیعی یا غیر طبیعی فشارخون در خانه مربوطه نوشته شود) | | | | | |
| **نوع معاینه/ اندازه‌گیری** | **طبیعی** | **غیرطبیعی( نوع)** | **نوع معاینه در صورت لزوم** | **طبیعی** | **غیرطبیعی( نوع)** |
| **فشار خون ( mmHg )** |  |  | سمع قلب |  |  |
| وضعیت ظاهری جسمی |  |  | سمع ریه |  |  |
| وضعیت ظاهری روانی |  |  | معاینه تیروئید |  |  |
| اندازه گیری تکمیلی در صورت لزوم |  |  | معاینات تکمیلی در صورت لزوم (شکم، غدد لنفاوی، معاینه اسکلتی عضلانی، پوست و.......................................................) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پاراکلینیک** ( قند ناشتا، پروفایل لیپید، هموگلوبین و هماتوکریت) و پاراکلینیک تکمیلی (خون، ادرار، مدفوع، تصویر برداری ، سایر موارد به تشخیص پزشک..................) | | | | | | | | |
| **نوع آزمایش** | **طبیعی** | **غیرطبیعی** | **نوع آزمایش** | **طبیعی** | **غیرطبیعی** | **پاراکلینیک تکمیلی** | **طبیعی** | **غیرطبیعی** |
| FBS |  |  | کلسترول کل |  |  |  |  |  |
| FBS باردوم درصورت لزوم |  |  | LDL |  |  |  |  |  |
| Hb |  |  | HDL |  |  |  |  |  |
| Hct |  |  | تری گلیسرید |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی پزشک ................................................... تاریخ ........./ ........./ .......**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­---------------------------------------------------------------------------------------------------------**

\*\* **آزمایشها** : مقادیر زیر، مقادیر طبیعی برای افراد سالم و فاقد عامل خطر می باشد. در همه موارد برای تعیین اندازه های طبیعی و غیرطبیعی در بیماران و افراد پرخطر به راهنما مراجعه کنید.

- كلسترول تام طبيعي = كمتر از 200، ال دي ال طبيعي = كمتر از 160 ، اچ دي ال طبيعي = 50و بيشتر،

- تري گليسريد طبيعي كمتر از 150 - قند خون طبيعي= كمتر از 100 ،

- اختلال قند خون ناشتا = قند خون ناشتای مساوی یا بیشتر100 و كمتر از 126 ، ديابت = دو نوبت قند پلاسماي ناشتا  126 و بيشتر

- Hb طبیعی= بین 12 و 16 ، Hct طبیعی= بین 36 و 47

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تشخیص/ طبقه‌بندی/ اقدامات** | | |
| **تشخیص/ طبقه‌بندی/ نتیجه ارزیابی**  **نیاز مند اقدام /نا مطلوب/ غیر طبیعی / در معرض خطر/ / مشکوک / بیمار**  **( دور کد مربوطه دایره بکشید)** | **ق = قدیم**  **ج =جدید** | **اقدامات**  **توضیح اقدامات:آموزش/تعیین مرحله رفتار/ مشاوره رفتاری، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، واکسن، مکمل یاری، معاینات خاص، درمان غیردارویی/ دارویی، تهیه نمونه/ درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی/ درمانی** |
| **تن‌سنجي نامطلوب :**  **1.** لاغري **2.** اضافه وزن **3.** چاقي **4.** چاقي شكمي |  |  |
| **شیوه زندگی نامطلوب :**  **1.** تغذیه نامطلوب(1.1.لبنیات، 1. 2. سبزی،1. 3. میوه ،4.1. عادات غذایی نامناسب) **2.** فعالیت بدنی نامطلوب  **3.** وابستگی / اختلال مصرف مواد (1.3. دخانیات ، 2.3 . الکل ، 3.3. آرام بخش و خواب آور 4.3مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش ) |  |  |
| **باروری :** **1.** اختلال رابطه زناشویی و جنسی **2.** ناباروری **3.** بارداری  **4** **.** تمایل به بارداری (نیاز به مشاوره پیش از بارداری) **5.** نیاز به مشاوره شیردهی **6.** نیاز به مشاوره فرزندآوری و باروری سالم |  |  |
| **یائسگی :**  **1.** یائسگی قطعی با یا بدون علامت **2**.اختلال وازوموتور **3.** واژینیت اتروفیک |  |  |
| **موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی :**  **1 .** عفونتهای واژینال و آمیزشی **: (** 1.1. کاندیدا ، 2.1. تریکومونا، 3.1. واژینوز، 4.1. کلامیدیا ، 5.1. گونوکوک ، 6.1.. سیفلیس ، 7.1. تبخال تناسلی، 8.1 . زگیل تناسلی، 9.1. HIV/AIDS ، 10.1. PID **)**  **2** . خونریزی غیر طبیعی/ اختلال قاعدگی  **3.** شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار **4 .**ساير (سرویسیت ، پولیپ، فیبروم، PCOو .........) |  |  |
| **اختلالات اعصاب و روان:**  **1.** دیسترس روانشناختی **2.** افسردگی  **3** .اضطراب منتشر / وسواس  **4.** اختلال خواب **5. سایر.................** |  |  |
| **عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای غیرواگیر :**  **1**.دیابت **2.** فشارخون بالا **3.** دیس لیپیدمی **4.** در معرض خطر ........................... (پره دیابت ، پره هابپر تنشن، سابقه دیابت یا پرفشاری خون در بستگان .... ) |  |  |
| **بیماری قلبی عروقی :**  **1.** بیماری عروق کرونر / سکته قلبی **2.** بیماری عروق مغزی **/ سکته مغزی 3.** مشکوک به...... ........ **4.** درمعرض خطر ( درصد) ..................... **5.** سایر ............................. |  |  |
| **بیماری تنفسی:**  **1.آسم 2. COPD 3. سایر ..................................** |  |  |
| **بیماری استخوانها و مفاصل :**  **1.** استئوپروز **2.** استئو آرتریت(آرتروز) **3.**کمردرد **4**.سایر........ **5.** در معرض خطر....... |  |  |
| **سرطان:**  **1**. پوست **2 .** پستان **3.** سرویکس **4 .**کولورکتال **5.** مبتلا به سایر سرطانها (...................) **6.** مشکوک به بدخیمی.......................... (6 .1 معاینه 6 .2 پاراکلینیک) **7.** درمعرض خطر سرطان ....................................................................................................... |  |  |
| **سایر بیماریها/ عوامل خطر :**  **1.** آنمی فقر آهن **2.** عفونی مزمن ( سل، هپاتیت، ....) **3.** سایر (شغلی **،**دهان و دندان ،گوارشي ، کلیوی، نورولوژيك**،** بينايي، شنوايي و**.............)** |  |  |
| **عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت :**  **1.** وضعیت استحکام روابط خانوادگی(طلاق بویژه در یک سال اخیر، خشونت خانگی و...........) 2.وضعیت اقتصادی ( بیکاری/ اخراج/ ورشکستگی سرپرست خانوار، فقر، بد/ خود/ بی سرپرست و............................) 3.دسترسی به حمايت اجتماعي و خدمات سلامت(بیمه، سازمانهای حمایتی و....**..........................)** 4.عوامل عمومی و محیط زیستی: سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی ،دسترسی به آب سالم ، دفع فاضلاب ،خدمات سلامت و سایرخدمات شهری ، و....... 5. معلولیت / اعتیاد /زندانی / بیماری خاص در فرد یا در خانواده و.....) 6 .سایر مخاطرات اجتماعی یا خانوادگی موثر بر سلامت ( ذکر شود.......................) | **بهورز / مراقب سلامت** |  |
| **ماما** |  |
| **پزشک** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **موارد نقص مراقبت دوره ای** | | | | | |
| مشخصات | شیوه زندگی | باروری / یائسگی | سلامت جسمی و روا نی | پاراکلینیک | طبقه‌بندی |
|  |  |  |  |  |  |

**تاریخ مراقبت دوره ای ....../ ....../ تاریخ مراجعه بعدی ......../.........../............ علت مراجعه بعدی .....................................................**

**نام و نام خانوادگی ارائه دهندگان خدمات : بهورز/ مراقب سلامت ........................... ماما...................... پزشک ......................... تکمیل و بررسی کننده فرم ..............................**