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

 **مراقبت ادغام یافته سلامت میانسالان- فرم شماره 1 (مراقبت دوره ای سلامت مردان 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** |
| **1. در طول عمر خود کدام یگ از مواد زیر را مصرف کرده اید؟** | دفعات مصرف روزانه/ هفتگی | **سن شروع**  | **2. 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 ....../ ....../ ........**

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

|  |
| --- |
| **برسی 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 55سال) 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  |  |  |  |
| اختلال چربی خون |  |  |  |
| نارسایی کلیه(دیالیز یا کراتینین بیشتر از 2 سرم) |  |  |  | سایر سرطانها |  |  |  |
| کم خونی سابقه بیماری  |  |  |  | بیماریها و اختلالات ژنتیک |  |  |  |
| آسم/ تجویز اسپری استنشاقی در سال گذشته |  |  |  | مزمن واگیر (هپاتیت، ایدز،سل،.....) |  |  |  |
| سایربیماریها( مفصلی استخوانی/ گوارشی / ادراری و......)/ عوامل خطر /داروها...................................................................................................................... |  |  |  |

|  |
| --- |
| **سوابق/ علائم /شکایات باروری:**  (توسط پزشک مرد یا مراقب سلامت مرد انجام شود)  |
| **وضعیت باروری**  | **دارد(نوع)** | **ندارد** | **علائم/ شکایات** | **دارد(نوع)** | **ندارد** |
| ناباروری( اولیه، ثانویه / زنانه، مردانه) |  |  | ترشح مجرا / زخم تناسلی  |  |  |
| نیاز به مشاوره برای فرزند آوری و باروری سالم |  |  | در معرض خطر عفونت آمیزشی/ رفتارهای پرخطر  |  |  |
| اختلال در رابطه زناشویی |  |  | سایر ( بیماری، علائم، شکایات ادراری تناسلی) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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، 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** |
| Hb, Hct |  |  | کلسترول کل |  |  |  |  |  |
| FBS |  |  | LDL |  |  |  |  |  |
| تری گلیسرید |  |  | HDL |  |  |  |  |  |

**­­­­­­­­­­­­­­­­­**آزمایشها : در همه موارد زیر 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 در افراد بدون خطر= كمتر از 160 ، اچ دي ال طبيعي = 40 و بيشتر، تري گليسريد طبيعي كمتر از 150- قند خون ناشتا طبيعي= كمتر از 100 ، اختلال قند خون ناشتا = قند خون ناشتا مساوی یا بيشتر از 100 و كمتر از 126 ، ديابت = دو نوبت قند پلاسماي ناشتا  126 و بيشتر- Hb طبیعی= بین 14 و 17 ، Hct طبیعی= بین 42 و 48

|  |
| --- |
| **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، واکسیناسیون،** **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. داروی آرام بخش /خواب آور/ مسکن 4.3مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش ) |  |  |
| **باروری :**  **1.** اختلال رابطه زناشویی و جنسی **2.** ناباروری **3.** نیازمند مشاوره برای فرزند آوری و باروری سالم 4. سایر ....................................... |  |  |
| **موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی :** **1 .** عفونتهای آمیزشی یا مشترک زوجین در ناحیه تناسلی**: (** 1.1. کاندیدا ، 2.1. تریکومونا، 3.1. عفونت باکتریال mix، 4.1. کلامیدیا ، 5.1. گونوکوک ، 6.1.. سیفلیس ، 7.1. تبخال تناسلی، 8.1 . زگیل تناسلی، 9.1 . HIV/AIDS**)** **2** . بیماری دستگاه تناسلی(هیپرتروفی پروستات، واریکوسل، هیدروسل، ارکیت، وجود توده و هرگونه مشکل دیگر در بیضه ها،.....) **3.** بیماری دستگاه ادراری(انسداد، سنگ، عفونت،نارسایی، بی اختیاری ) |  |  |
| **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 **3.**کمردرد **4**.سایر........ **5.** در معرض خطر....... |  |  |
| **سرطان:**  **1**. پوست **2 .** پستان **3.** پروستات **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** |  |
| **پزشک** |  |

|  |
| --- |
| **موارد نقص مراقبت دوره ای** |
| مشخصات | شیوه زندگی | باروری | 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 .................................. پزشک .............................. بررسی کننده فرم ..........................**