

دانشگاه..... مرکز بهداشت شهرستان مرکز سلامت جامعه..... پایگاه سلامت..... خانه بهداشت

مراقبت ادغام یافته خدمات نوین سلامت میانسالان - فرم شماره ۱ (مراقبت دوره ای سلامت مردان ۵۹-۳۰ سال)

مشخصات فردی									
نام و نام خانوادگی.....									
تاریخ تولد /..... /.....									
کد ملی									
تحصیلات									
وضعیت شغلی..... شغل..... وظیفه شغلی.....									
وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدا از همسر (فوت همسر <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> دوری بیش از ۶ ماه به دلایل دیگر <input type="checkbox"/>)									
تعداد فرزندان									
آدرس محل سکونت: تلفن منزل..... تلفن محل کار..... تلفن همراه.....									
بیمه پایه : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تحت پوشش سازمانهای حمایتی و خیریه: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>									

تن سنجی	اندازه	شاخص	اندازه	طبیعی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	چاقی شکمی
قد (متر)		نمایه توده بدنی		BMI = ۱۸.۵-۲۴.۹ < ۹۰ دورکم	BMI < ۱۸.۵	BMI = ۲۵-۲۹.۹	BMI ≥ ۳۰	≥ ۹۰ دورکم
وزن (کیلوگرم)		دور کم (سانتی متر)						

تغذیه: ممنوعیت/ محدودیت/ بیماری/ رژیم غذایی 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 گروه‌ها و مواد غذایی	امتیاز ۲ (مطلوب)	امتیاز ۱ (نسبتاً نامطلوب)	امتیاز ۰ (نامطلوب)	عادات غذایی	امتیاز ۲ (مطلوب)	امتیاز ۱ (نسبتاً نامطلوب)	امتیاز ۰ (نامطلوب)
مصرف معمول روزانه لبنیات	۲-۳ واحد <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	مصرف معمول مصرف معمول نوشیدنی های گازدار ، فست فود، سوسیس، کالباس، پیتزا و...	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	بیشتر از ۲ بار در ماه <input type="checkbox"/>
مصرف معمول روزانه سبزیها	۲-۳ واحد <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	نوع روغن مصرفی (معمولی و سرخ کردنی)	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	فقط روغن جامد، نیمه جامد، حیوانی <input type="checkbox"/>
مصرف معمول روزانه میوهها	۳-۵ واحد <input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ واحد <input type="checkbox"/>	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	استفاده از نمکدان سرفره توسط فرد	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ واحد <input type="checkbox"/>	همیشه <input type="checkbox"/>

آموزش : مصرف ماهی ۲ بار در هفته/ حیوانات/ 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 ، ارجاع دهید.

ندارد (ثبت علت)		دارد				
		نوع	شدت	مدت در روز (دقیقه)	تعداد روزها در هفته	زمان در هفته (دقیقه)
.....		انواع پیاده روی				
		ورزشی تفریحی				
		شغلی				

بلی				سن / زمان شروع	استعمال غیر مستقیم	عدم تمایل به پاسخگویی	خیر	درگیری با مصرف دخانیات ، مصرف غیر پزشکی دارو ، الکل و مواد
مصرف در سه ماه اخیر		۲. آیا در سه ماه اخیر مصرف داشته اید؟						
نوع	چند وقت یک بار	بلی	عدم تمایل به پاسخ	خیر				۱. در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟
								انواع تنباکو ((سیگار، قلیان، چپق ، ...))
								مصرف غیر پزشکی دارو : مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، ...) ، داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال و...)
								انواع نوشیدنیهای الکلی
								مواد افیونی غیر قانونی(تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک...)
								انواع حشیش (سیگاری،گراس، بنگ...)
								محرك آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین...)

بررسی سوابق و علائم بیماری های غیر واگیر

بلی	خیر	بیماری / عامل خطر / علامت	بلی	خیر	بیماری / عامل خطر / علامت
		سابقه سرطان یا آدنوم روده بزرگ یا بیماری التهابی روده (پولیپ، آدنوم، کولیت اولسروز، کرون) در فرد			سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس (زیر ۵۵ سال) در بستگان درجه یک (والدین یا خواهر و یا برادر)
		سابقه سرطان روده بزرگ در یکی از افراد درجه یک یا در یکی از افراد درجه ۲ در سن زیر ۵۰ سال			سابقه ابتلای فرد به بیماری قلبی عروقی(سکته قلبی یا مغزی)
		سابقه خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی در یک ماه اخیر			بیماری شناخته شده فشار خون بالا
		سابقه پیوست همراه با اسهال یا بدون اسهال در یک ماه اخیر			بیماری شناخته شده دیابت / دیابت بارداری
		سابقه درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج			سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده
		کاهش بیش از ۱۰٪ از وزن طی ۶ ماه اخیر			سابقه یا ابتلای فعلی به انواع سرطان (نوع
سایر علائم و شکایات و بیماریها به اظهار مراجعه کننده					

وضعیت مصرف دارو: کلیه داروهای مصرفی مراجعه کننده که بیش از یک ماه مصرف کرده و هنوز در حال مصرف آنهاست ، ثبت گردد.

نام داروی مصرفی	مدت مصرف	مقدار مصرف	نام داروی مصرفی	مدت مصرف	مقدار مصرف

اندازه گیری فشار خون (mmHg)	
طبیعی / کنترل شده (کمتر از ۱۲۰/۸۰)	پیش فشارخون بالا(سیستول بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ و دیاستول بین ۸۰ تا ۸۹)
	فشار خون بالا(سیستول ۱۴۰ و بالاتر و دیاستول ۹۰ و بالاتر)

نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی
FBS(mg/dl)			LDL			کلسترول کل(mg/dl)		
Hb			HDL			تری گلیسرید		

میزان خطر حوادث قلبی عروقی در ده سال آینده با توجه به سن، جنس، مصرف دخانیات، ابتلا به دیابت، فشارخون سیستولیک، کلسترول خون و چارت ارزیابی خطر(در خانه مقابل علامت بگذارید)

<۱۰٪	۱۰٪ - ۲۰٪	۲۰٪ - ۳۰٪	≥۳۰٪
------	-----------	-----------	------

امتیاز	اصلا (۰)	بندرت (۱)	گاهی (۲)	بیشتر (۳)	همیشه (۴)	امتیاز ۱۰ و بالاتر = دیسترس روانشناختی دارد
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری می کردید؟
دیسترس روانشناختی						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس غم و اندوه می کردید؟
<input type="checkbox"/> دارد						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن کارهای روزمره برای شما خیلی سخت است؟
<input type="checkbox"/> ندارد						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس نا امیدی می کردید؟
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟
ابتلا به سایر بیماریهای خفیف یا شدید روانی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> (نوع:.....) در افراد مبتلا به افسردگی یا بیماری روانی سوال کنید افکار خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه اقدام به خودکشی ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>						

بررسی سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری های واگیر / وجود علائم یا عوامل خطر					
بیماری / علامت / عامل خطر	بلی	خیر	بیماری / علامت / عامل خطر	بلی	خیر
سابقه ابتلا به سل در فرد			در معرض خطر بیماریهای منتقله از راه خون		
ابتلا به سل در افراد خانواده			در معرض خطر عفونتهای آمیزشی / ایدز		
سابقه سرفه طولانی مدت (بیش از ۲ هفته، همراه با تب و تعریق یا خلط مداوم			دارای علامت ترشح از مجرای ادرار		
ابتلا به هیپاتیت			دارای علامت سوزش ادرار		
سابقه ابتلا به هیپاتیت در همسر			دارای علائم عمومی طول کشیده ابتلا به بیماریهای عفونی		

طبقه بندی / نتیجه ارزیابی (نیاز مند اقدام / نا مطلوب / غیر طبیعی / در معرض خطر / / مشکوک / بیمار) - دور کد مربوطه دایره بکشید.	خلاصه اقدامات * انجام شده توسط بهورز / مراقب سلامت / ماما	نتیجه ارجاع * * * تشخیص نهایی
تن سنجی نامطلوب: ۱. اضافه وزن ۲. چاقی ۳. چاقی شکمی ۴. لاغری یا کاهش وزن	امتیاز الگوی تغذیه و تن سنجی =	
تغذیه نامطلوب از نظر: ۱. لبنیات ۲. سبزی ۳. میوه ۴. عادات غذایی نامناسب		
فعالیت بدنی: ۱. نا مطلوب ۲. مطلوب		
مصرف مواد دخانی: ۱. مصرف سیگار یا قلیان یا انواع دیگر ماده دخانی ۲. وابستگی به نیکوتین		
وابستگی / اختلال مصرف مواد: ۱. داروها ۲. الکل ۳. مواد افیونی، محرک آمفتامینی وحشیش)		
غیرواگیر: ۱. بیماری عروق کرونر/ سکنه قلبی ۲. سکنه مغزی ۳. دیابت ۴. فشارخون بالا ۵. اختلال چربی خون ۶. پره دیابت ۷. پره هایپرتنشن		
خطرده ساله حوادث قلبی عروقی: (۱) کمتر از ۱۰ درصد (۲) ۱۹-۱۰ درصد (۳) ۲۹-۲۰ درصد (۴) ۳۰ درصد و بالاتر		
سرطان: ۱. کولورکتال ۲. پستان ۳. سرویکس ۴. در معرض خطر..... ۵. مشکوک به..... ۶. ابتلا به سایر سرطانها.....		
اختلال اعصاب و روان: ۱. دیسترس روانشناختی ۲. بیماری یا اختلال اعصاب و روان تشخیص داده شده (نوع:.....)		
واگیر: ۱. عفونت آمیزشی (نوع:.....) ۲. ایدز ۳. هیپاتیت ۴. سل ۵. در معرض خطر..... ۶. مشکوک به.....		

به علت نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط..... دارد . علت مراجعه بعدی..... تاریخ مراجعه بعدی..... نام و امضای بهورز / مراقب سلامت

* مواردی که به عنوان بیمار در ستون اول کد می گیرند، افرادی هستند که بیماری آنها از قبل توسط پزشک تشخیص داده شده * 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 / ارجاع درمانی * * * بازخورد ارجاع از پزشک مرکز / کارشناس تغذیه / روانشناس بر اساس موارد ستون طبقه بندی به عنوان تشخیص نهایی در این ستون نوشته شود .