

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 <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>		کد ملی		تاریخ تولد: ...../...../.....		تحصیلات.....	
وضعیت تاهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدا از همسر <input type="checkbox"/> ( فوت همسر <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> دوری بیش از 6 ماه به دلایل دیگر <input type="checkbox"/> )		تعداد فرزندان.....		وضعیت شغلی.....		شغل.....		وظیفه شغلی.....	
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 (وزن تقسیم بر مجذور قد)		BMI =18.5-24.9، <90 دورکم	BMI <18.5	BMI=25-29.9	BMI≥30	≥90 دورکم
وزن (کیلوگرم)		دور کم (سانتی متر)						

اندازه گیری فشار خون (mmHg)	نوبت اول =	نوبت دوم در صورت فشارخون بیشتر از 140/90 =	میانگین =
پیش فشارخون بالا	سیستول بین 120 تا 139 و دیاستول بین 80 تا 89	طبیعی	کمتر از 120/80
فشار خون بالا	سیستول 140 و بالاتر و دیاستول 90 و بالاتر		

تغذیه /مکمل: ممنوعیت/ محدودیت/ بیماری/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته: ندارد  دارد  علت..... نوع..... مکمل مصرفی:..... علت مصرف:..... مصرف منظم مکمل ویتامین د  ندارد  مکمل ویتامین د تجویز و اهمیت و نحوه مصرف آن آموزش داده شد

مصرف گروه‌ها و مواد غذایی	تعداد سهم مصرفی	تعداد سهم مطلوب	نامتطلب	مطلوب	امتیاز 1	امتیاز 0	عادات غذایی	رفتار مطلوب	مطلوب	امتیاز 1	نامتطلب	امتیاز 0
مصرف معمول روزانه لبنیات	2-3			مصرف معمول فست فود، سوسیس، کالباس، پیتزا و....	به ندرت، هرگز							
مصرف معمول روزانه سبزیها	3-5			مصرف معمول نوشیدنی‌های گازدار	به ندرت، هرگز							
مصرف معمول روزانه میوه‌ها	2-4			نوع روغن مصرفی (معمولی و سرخ کردنی)	گیاهی مایع							
				استفاده از نمکدان سرفره 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

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	شدت	مدت در روز(دقیقه)	تعداد روزها در هفته	زمان در هفته (دقیقه)	مطلوب	نامتطلب
.....	پیاپی.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	کار / شغل همراه با فعالیت بدنی.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	ورزش/ تمرینات تفریحی ورزشی.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	سایر فعالیتهای جسمانی.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

درگیری با مصرف دخانیات ، مصرف غیر پزشکی دارو ، الکل و مواد	خیر	عدم پاسخ	مصرف غیر مستقیم	سن شروع	دفعات مصرف روزانه/ هفتگی	بلی	مصرف در سه ماه اخیر
1. در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟						بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نوع <input type="checkbox"/> چند وقت یک بار <input type="checkbox"/>
انواع تنباکو (سیگار، قلیان، چپق ، ناس و...)							
مصرف غیر پزشکی دارو : مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدین، دیفنوکسیلات، ... ) ، داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال و...)							
انواع نوشیدنیهای الکلی							
مواد افیونی غیر قانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک...)							
انواع حشیش (سیگاری، گراس، بنگ...)							
محرک آمفتامینی ( شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین...)							

ارزیابی روانشناختی : امتیاز کمتر از 10 = دیسترس روانشناختی ندارد ، امتیاز 10 و بالاتر = دیسترس روانشناختی دارد	اصلا (0)	بندرت (1)	گاهی (2)	بیشتر اوقات (3)	همیشه (4)	امتیاز
چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟						
چقدر در 30 روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری می کردید؟						
چقدر در 30 روز گذشته احساس غم و اندوه می کردید؟						
چقدر در 30 روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن کارهای روزمره برای شما خیلی سخت است؟						
چقدر در 30 روز گذشته احساس نا امیدی می کردید؟						
چقدر در 30 روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟						

دیسترس روانشناختی: ندارد  دارد  افکار خودکشی: ندارد  دارد  ابتلای فعلی به صرع: ندارد  دارد

ایمن سازی، آلرژی، مواجهات شغلی	ندارد	دارد
نیاز به واکسیناسیون		نوع واکسن مورد نیاز: دوگانه <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> آنفلوانزا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> واکسن تزریق شد <input type="checkbox"/>
عارضه/ آلرژی دارویی/ غذایی		نام دارو: ..... نام ماده غذایی: ..... نوع عارضه: .....
مواجهه با عوامل زیان آور شغلی		نوع عامل: شیمیایی <input type="checkbox"/> فیزیکی <input type="checkbox"/> بیولوژیک <input type="checkbox"/> ارگونومیک <input type="checkbox"/> نام عامل: .....

سابقه ابتلا به بیماریهای خفیف روانی: ندارد  دارد  سابقه ابتلا به بیماریهای شدید روانی: ندارد  دارد  نوع بیماری: .....

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:	ندارد	دارد
شکایت / علامت بیماری کنونی		نوع شکایت/ علامت / بیماری ..... مدت ابتلا ..... وضعیت فعلی به اظهار مراجعه کننده .....

بررسی ابتلای فعلی به بیماری / اختلال روانی در افراد با امتیاز K6 بالاتر 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
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 55 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			
اختلال چربی خون				سایر سرطانها			
نارسایی کلیه (دیالیز یا کراتینین بیشتر از 2 سرم)				بیماریها و اختلالات ژنتیک			
کم خونی سابقه بیماری				مزمّن واگیر (هیپاتیت، ایدز، سل، .....			
آسم/ تجویز اسپری استنشاقی در سال گذشته				سایر بیماریها (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
نا باروری (اولیه، ثانویه / زانه، 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)	ندارد	علائم/ شکایات	دارد (نوع)	ندارد
			بروز علائم گوارشی طی یک ماه اخیر به صورت: خونریزی دستگاه گوارش تحتانی، بروز بیوست همراه یا بدون اسهال، درد شکم، احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج		
			کاهش وزن بدون علت در طی 6 ماه به میزان ده درصد		
			شکایت ادراری (تکرر، سوزش، بی اختیاری ادرار، پرنج شدن)		
			درد/ تورم / محدودیت حرکت در مفاصل/ کمر درد		
			سایر علائم و شکایات .....		

معاینات پزشکی (مقدار طبیعی یا غیر طبیعی فشارخون در خانه مربوطه نوشته شود)					
نوع معاینه / اندازه گیری	طبیعی	غیر طبیعی (نوع)	نوع معاینه در صورت لزوم	طبیعی	غیر طبیعی (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	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	پاراکلینیک تکمیلی	طبیعی	غیر طبیعی
Hb, Hct			کلسترول کل					
FBS			LDL					
تری گلیسرید			HDL					

آزمایشها: در همه موارد زیر برای تعیین اندازه های طبیعی و غیر طبیعی در بیماران و افراد پرخطر به راهنما مراجعه کنید: - کلسترول تام طبیعی = کمتر از 200، ال دی ال طبیعی در افراد بدون خطر = کمتر از 160، اچ دی ال طبیعی = 40 و بیشتر، تری گلیسرید طبیعی کمتر از 150 - قند خون ناشتا طبیعی = کمتر از 100، اختلال قند خون ناشتا = قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از 100 و کمتر از 126، دیابت = دو نوبت قند پلاسمای ناشتا 126 و بیشتر - Hb طبیعی = بین 14 و 17، Hct طبیعی = بین 42 و 48

<b>اقدامات</b> توضیح اقدامات: آموزش / تعیین مرحله رفتار / مشاوره رفتاری، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، واکسیناسیون، مکمل یاری، معاینات خاص، درمان غیر دارویی / دارویی، تهیه نمونه / درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی / درمانی	ق = قدیم ج = جدید	<b>تشخیص / طبقه بندی / نتیجه ارزیابی</b> نیاز مند اقدام / نا مطلوب / غیر طبیعی / در معرض خطر / مشکوک / بیمار ( دور کد مربوطه دایره بکشید )
		تن سنجی نامطلوب : 1. لاغری    2. اضافه وزن    3. چاقی    4. چاقی شکمی

		<p><b>شیوه زندگی نامطلوب :</b></p> <p>1. تغذیه نامطلوب(1.1.1.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 4.3. مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش )</p>
		<p><b>باروری :</b></p> <p>1. اختلال رابطه زناشویی و جنسی 2. ناباروری 3. نیازمند مشاوره برای فرزند آوری و باروری سالم 4. سایر .....</p>
		<p><b>موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی :</b></p> <p>1. عفونتهای آمیزشی یا مشترک زوجین در ناحیه تناسلی: (1.1. کاندیدا، 2.1. تریکوموناس، 3.1. عفونت باکتریال mix ، 4.1. کلامیدیا ، 5.1. گونوکوک ، 6.1. سیفلیس ، 7.1. تیخال تناسلی، 8.1. زگیل تناسلی، 9.1. HIV/AIDS )</p> <p>2. بیماری دستگاه تناسلی(هیپرتروفی پروستات، واریکوسل، هیدروسل، اרקیت، وجود توده و هرگونه مشکل دیگر در بیضه ها.....)</p> <p>3. بیماری دستگاه ادراری(انسداد، سنگ، عفونت،نارسایی، بی اختیاری )</p>
		<p><b>اختلالات اعصاب و روان:</b></p> <p>1. دیسترس روانشناختی 2. افسردگی 3. اضطراب منتشر / وسواس 4. اختلال خواب 5. سایر.....</p>
		<p><b>عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای غیرواگیر :</b></p> <p>1. دیابت 2. فشارخون بالا 3. دیس لیپیدمی 4. در معرض خطر..... (پره دیابت ، پره هایپر تنشن، سابقه دیابت یا پرفشاری خون در بستگان ....)</p>
		<p><b>بیماری قلبی عروقی :</b></p> <p>1. بیماری عروق کرونر / سکته قلبی 2. بیماری عروق مغزی / سکته مغزی 3. مشکوک به..... 4. در معرض خطر ( درصد) ..... 5. سایر .....</p>
		<p><b>بیماری تنفسی:</b></p> <p>1. آسم 2. COPD 3. سایر .....</p>
		<p><b>بیماری استخوانها و مفاصل :</b></p> <p>1. استئوپروز 2. استئو آرتروز 3. کمردرد 4. سایر..... 5. در معرض خطر.....</p>
		<p><b>سرطان:</b></p> <p>1. پوستان 2. پستان 3. پروستات 4. کولورکتال 5. میتلا به سایر سرطانها (.....) 6. مشکوک به بدخیمی..... (6. 1. معاینه 2.6 پاراکلینیک) 7. در معرض خطر سرطان .....</p>
		<p><b>سایر بیماریها/ عوامل خطر :</b></p> <p>1. آنمی فقر آهن 2. عفونی مزمن ( سل، هپاتیت، ....) 3. سایر (شغلی، دهان و دندان ، گوارشی ، کلیوی، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.....)</p>
	<b>بهورز / مراقب سلامت</b>	<p><b>عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت :</b></p> <p>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 حمایت اجتماعی 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 سایر خدمات 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.....)</p>
	<b>پزشک</b>	

موارد نقص مراقبت دوره ای					
مشخصات	شیوه زندگی	باروری	سلامت جسمی و روانی	پاراکلینیک	طبقه بندی

تاریخ مراقبت دوره ای ..... / ..... / ..... تاریخ مراجعه بعدی ..... / ..... / ..... علت مراجعه بعدی .....  
نام و نام خانوادگی ارائه دهندگان خدمات : بهورز / مراقب سلامت ..... پزشک ..... بررسی کننده فرم .....



