

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 <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>		کد ملی		تاریخ تولد: ...../...../.....		تحصیلات.....		وضعیت شغلی..... شغل..... وظیفه شغلی.....	
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.....		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	پیش فشارخون بالا	سیستول 140 و بالاتر و دیاستول 90 و بالاتر
طبیعی	کمتر از 120/80		

تغذیه /مکمل: ممنوعیت/ محدودیت/ بیماری/ رژیم غذایی خاص در یک سال گذشته: ندارد  دارد  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	تعداد سهم مصرفی	تعداد سهم مطلوب	نامتطلب	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	دارد
(ثابت علت)	نوع
.....	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	دفعات مصرف روزانه/ هفتگی	سن شروع	آیا در سه ماه اخیر مصرف داشته اید؟	مصرف در سه ماه اخیر
انواع تنباکو (سیگار، قلیان، چپق ، ناس و...)						بله	نوع
مصرف غیر پزشکی دارو : مسکن ایبوپروفن (ترامادول، کدین، دیفنوکسیلات، ...)						بله	نوع
داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال و...)						بله	نوع
انواع نوشیدنیهای الکلی						بله	نوع
مواد افیونی غیر قانونی(تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک...)						بله	نوع
انواع حشیش (سیگاری، گراس، بنگ...)						بله	نوع
محرک آمفتامینی ( شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین...)						بله	نوع

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، آرزوی، مواجهات شغلی	ندارد	دارد
نیاز به واکسیناسیون	نوع واکسن مورد نیاز: دوگانه <input type="checkbox"/> هیپاتیت <input type="checkbox"/> آنفلوآنزا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> واکسن..... تزریق شد <input type="checkbox"/>	
عارضه/ آرزوی 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 <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری..... سابقه ابتلا به بیماریهای شدید روانی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع بیماری.....		

مراقبت دوره باروری، پیش یائسگی و یائسگی: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات سلامت زنان به پس از زایمان موکول شود. در صورت احتمال بارداری، برای قطعی شدن بارداری اقدام و در صورت تمایل به بارداری طی یک سال آینده، خدمات سلامت زنان و مراقبت 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 رژی/ هیپرمنوره/ پلی منوره			گرگرفتگی/ تعریق شبانه		
سابقه هورمون درمانی(استروژنی تنها)			لکه بینی( بعد مقاربت / بین قاعدگی/ در یائسگی)			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)			ترشح مجرا/ زخم تناسلی همسر/ در معرض خطر عفونت آمیزی / ایدز			بیماری تشخیصی داده شده فعلی (پولیپ، فیبروم و PCO و.....)		
علت.....								

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...../...../.....

ارزیابی خشونت خانگی در زنان متاهل: امتیاز بالاتر از 10 = در معرض خشونت خانگی (همسر آزاری)	اصلا (1)	بندرت (2)	گاهی (3)	بیشتر اوقات (4)	همیشه (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، سروز، 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	<input type="checkbox"/>		آموزش خود آزمایی پستان انجام شد	<input type="checkbox"/>	

پاراکلینیک زنان در مورد پاپ اسمیر آموزش داده شد  نمونه پاپ اسمیر: تهیه شد  تهیه نشد  علت.....

نوع آزمایش	نتیجه آخرین آزمایش (ثبت نوع یافته) *			نتیجه (ثبت نوع یافته)		
	طبیعی	غیر طبیعی	نامشخص	طبیعی	غیر طبیعی	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، کد 3. مشکوک به بدخیمی (دیس پلازی، نئو پلازی، HSIL، LSIL و...) - 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 = کد 2 : BIRAD دو (تغییرات خوش خیم) ، کد 3: BIRAD سه (احتمالا خوش خیم : لزوم پیگیری و تکرار مامو گرافی) ، کد 4: BIRAD چهار و کد 5 : BIRAD پنج ( مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی )

سوابق و شرح حال پزشکی	
شکایت / علامت بیماری	ندارد
کنونی	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 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	نوع داروی مصرفی
افسردگی				سایکوز			
اختلالات اضطرابی				صرع			
دو قطبی				افکار خود کشی			

سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری شناخته شده جسمی / عامل خطر 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 و یا برادر ) فشار خون بالا در فرد یا در والدین / خواهر / برادر				سابقه سرطان روده بزرگ یا آدنوم روده بزرگ یا بیماری التهابی روده (پولیپ،آدنوم،کولیت اولسروز، کرون)			
دیابت / دیابت بارداری				سابقه سرطان روده بزرگ در یکی از افراد درجه یک یا یکی از افراد درجه 2 در سن زیر 50 سال			
اختلال چربی خون				سرطان پستان، تخمدان ، سایر سرطانها			
نارسایی کلیه(دیالیز یا کراتینین بیشتر از 2 سرم)				بیماریها و اختلالات ژنتیک			
سابقه بیماری آسم				مزمین واگیر (هیپاتیت، ایدز،سل،.....)			
تجویز اسپری استنشاقی طی یک سال گذشته کم خونی /				سایر بیماریها مفصلی استخوانی/ گوارشی / ادراری و...../ عوامل خطر /داروها.....			
اختلالات انعقادی							

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

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 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	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	پاراکلینیک تکمیلی	طبیعی
FBS			کلیستروکل				
FBS باردوم در صورت 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.

- کلیستروکل تام طبیعی = کمتر از 200، ال دی ال طبیعی = کمتر از 160 ، اچ دی ال طبیعی = 50 و بیشتر،

- تری گلیسرید طبیعی کمتر از 150 - قند خون طبیعی = کمتر از 100 ،

- اختلال قند خون ناشتا = قند خون ناشتای مساوی یا بیشتر 100 و کمتر از 126 ، دیابت = دو نوبت قند پلاسمای ناشتا 126 و بیشتر  
- Hb طبیعی= بین 12 و 16 ، Hct طبیعی= بین 36 و 47

<b>اقدامات</b> توضیح اقدامات: آموزش/تعیین مرحله رفتار/ مشاوره رفتاری، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، واکسن، 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 )
		<b>تن سنجی نامطلوب :</b> <b>1. لاغری</b> 2. اضافه وزن 3. چاقی 4. چاقی شکمی
		<b>شیوه زندگی نامطلوب :</b> <b>1. تغذیه نامطلوب</b> (1.1. لبنیات، 1. 2. سبزی، 1.3. میوه، 4.1. عادات غذایی نامناسب) <b>2. فعالیت بدنی نامطلوب</b> <b>3. وابستگی / اختلال مصرف مواد</b> (1.3. دخانیات، 2.3. الکل، 3.3. آرام بخش و خواب آور 4.3. مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش )
		<b>باروری :</b> 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
		<b>یائسگی :</b> <b>1. یائسگی قطعی</b> یا بدون علامت 2. اختلال ازوموتور 3. واژینیت اتروفیک
		<b>موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی :</b> <b>1. عفونتهای واژینال و آمیزشی :</b> ( 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) <b>2. خونریزی غیر طبیعی/ اختلال قاعدگی</b> 3. شلی عضلات کف لگن یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار 4. سایر (سروسیست، پولیپ، فیبروم، PCO و ..... )
		<b>اختلالات اعصاب و روان:</b> <b>1. دیسترس روانشناختی</b> 2. افسردگی 3. اضطراب منتشر / وسواس <b>4. اختلال خواب</b> 5. سایر.....
		<b>عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای غیرواگیر :</b> <b>1. دیابت</b> 2. فشارخون بالا 3. دیس لیپیدمی 4. در معرض خطر ..... (پره دیابت، پره هایپر تنشن، سابقه دیابت یا پرفشاری خون در بستگان .... )
		<b>بیماری قلبی عروقی :</b> <b>1. بیماری عروق کرونر / سکنه قلبی</b> 2. بیماری عروق مغزی / سکنه مغزی 3. مشکوک به ..... 4. در معرض خطر (درصد) ..... 5. سایر .....
		<b>بیماری تنفسی:</b> <b>1. آسم</b> 2. COPD 3. سایر .....
		<b>بیماری استخوانها و مفاصل :</b> <b>1. استئوپروز</b> 2. استئو آرتروز (آرتروز) 3. کمردرد 4. سایر ..... 5. در معرض خطر .....
		<b>سرطان:</b> <b>1. پوست</b> 2. پستان 3. سرویکس 4. کولورکتال 5. مبتلا به سایر سرطانها (.....) <b>6. مشکوک به بدخیمی</b> ..... (1.6. معاینه 2.6 پاراکلینیک) <b>7. در معرض خطر سرطان</b> .....
		<b>سایر بیماریها/ عوامل خطر :</b> <b>1. آنمی فقر آهن</b> 2. عفونی مزمن ( سل، هپاتیت، .... ) 3. سایر (شغلی، دهان و دندان، گوارشی، کلیوی، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.....)
	<b>بهبورز / مراقب سلامت</b>	<b>عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت :</b> <b>1. وضعیت استحکام روابط خانوادگی</b> (طلاق بویژه در یک سال اخیر، خشونت خانگی و.....) <b>2. وضعیت اقتصادی</b> ( بیکاری/ اخراج/ ورشکستگی سرپرست خانوار، فقر، بد/ خود/ بی سرپرست و.....) <b>3. دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت</b> (بیمه، سازمانهای حمایتی و.....) <b>4. عوامل عمومی و محیط زیستی:</b> سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی، دسترسی به آب سالم، دفع فاضلاب، خدمات سلامت و سایر خدمات شهری، و..... <b>5. معلولیت / اعتیاد / زندانی / بیماری خاص در فرد یا در خانواده و.....</b> 6. سایر مخاطرات اجتماعی یا خانوادگی موثر بر سلامت ( ذکر شود.....)
	<b>ماما</b>	
	<b>پزشک</b>	

موارد نقص مراقبت دوره ای					
مشخصات	شیوه زندگی	باروری / یائسگی	سلامت جسمی و روانی	پارا کلینیک	طبقه بندی

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