





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای اجرایی ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان

(ویژه ارائه دهندگان خدمات در تیم سلامت)



اداره سلامت میانسالان

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

۱۳۹۴

تکمیل فرم ارزیابی دوره ای سلامت در شناسنامه سلامت میانسالان

اهداف آموزشی

فراگیران در پایان این بخش باید بتوانند، باتوجه به نوع مسئولیت و شرح خدمات هریک از اعضای تیم سلامت:

- مهارت تکمیل اطلاعات سلامت گیرنده خدمت در فرم ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان برای مردان و زنان ۳۰-۵۹ سال را از نظر مشخصات فردی کسب نمایند.
- مهارت انجام تن سنجی و تکمیل اطلاعات سلامت گیرنده خدمت در فرم ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان برای مردان و زنان ۳۰-۵۹ سال را کسب نمایند
- نحوه بررسی شیوه زندگی از نظر تغذیه، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات ، اختلال مصرف مواد، واکسیناسیون، مواجهات شغلی و ثبت اطلاعات مربوطه در فرمها را کسب نمایند.
- نحوه بررسی سلامت باروری زنان و مردان ۳۰-۵۹ سال و کمک به گیرندگان خدمات برای ارتقای سلامت باروری و چگونگی ثبت اطلاعات در فرمها را فراگیرند.
- نحوه بررسی سلامت عمومی و ثبت آن را بیاموزند.
- نحوه طبقه بندی ، تشخیص و ثبت آن را کسب نمایند.

شناسنامه سلامت میانسالان از دو فرم ارزیابی دوره‌ای و مراقبت ممتد تشکیل شده است. فرم ارزیابی دوره‌ای سلامت هر سه سال یک بار و فرم مراقبت ممتد در فاصله دو ارزیابی دوره‌ای برای افرادی که در ارزیابی دوره‌ای دارای مشکلات سلامتی بوده‌اند تکمیل شده و در پرونده خانوار قرار می‌گیرد.

فرم ارزیابی دوره‌ای سلامت برای زنان و مردان ۳۰-۵۹ سال که برای دریافت بسته خدمات سبا و سما از طریق فراخوان و با وقت قبلی یا کسانی که به دلایل مختلف دیگر به مراکز ارائه خدمت مراجعه نموده‌اند، تکمیل می‌شود. همچنین این فرم می‌تواند برای کارکنان موسسات و سازمانهایی که شرایط اجرای برنامه سبا و سما را پذیرفته‌اند، تحت نظارت مرکز بهداشت شهرستان تکمیل شده و پرونده یا شناسنامه سلامت برای آنان تشکیل شود.

این فرم دارای ۱۱ قسمت است. بخشهای مختلف و نحوه تکمیل فرم به شرح زیر می‌باشد:

پس از درج نام دانشگاه و مرکز بهداشت شهرستان، نام مرکز ارائه دهنده خدمت اعم از خانه بهداشت ضمیمه یا مستقل، پایگاه بهداشتی، پایگاه سلامت ضمیمه مرکز سلامت جامعه یا مستقل، مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی یا شهری روستایی را در بالای فرم ثبت نمایید. همچنین شماره پرونده خانوار مراجعه کننده را در اولین جدول فرم وارد نمایید.

۱- مشخصات فردی										شماره پرونده خانوار.....																			
نام خانوادگی					نام					کد ملی																			
تاریخ تولد/...../.....					تحصیلات					شغل					وظیفه شغلی														
وضعیت تأهل: متأهل										مجرد										جدا از همسر <input type="checkbox"/> : (فوت همسر <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> دوری بیش از ۶ ماه به دلایل دیگر <input type="checkbox"/>)									
آدرس محل سکونت.....										تلفن																			
آدرس محل کار.....										تلفن																			
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: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>									

مشخصات فردی: تکمیل این قسمت به معنی تشکیل پرونده و افتتاح باب آشنایی با مراجعه کننده است. بسیاری از مشخصات فردی در این بخش از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی هستند که مستقیماً یا غیر مستقیم بر سلامت فرد تاثیر مثبت یا منفی می‌گذارند. بدین ترتیب لازم است که در تکمیل آنها دقت کافی به عمل آید. این قسمت توسط بهورز در روستا و کاردان یا کارشناس بهداشتی در شهر به صورت زیر تکمیل می‌شود:

کد ملی شناسه اصلی پرونده است که باید در محل مربوطه در قسمت چپ بالای فرم ثبت شود. چنانچه کد ملی فرد در دسترس نمی‌باشد، از شماره پرونده خانوار یا هر شماره دیگری که بتوان به سهولت فرد را با آن شناسایی نمود، استفاده شود. اما از مراجعه کننده بخواهید که در مراجعه بعدی کد ملی خود را همراه داشته باشد.

نام و نام خانوادگی، تاریخ و محل تولد در محل مربوطه ثبت گردد.

نوع شغل بویژه وظیفه مربوطه در شغل (Task) در مورد افراد شاغل نوشته شود و اگر فرد خانه دار است، خانه دار ثبت شود. در مورد افراد بیکار، ضمن ثبت بیکاری، علت بیکاری نیز ثبت شود. این مسئله از نظر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و نتایج روانی اجتماعی بیکاری اهمیت دارد. افراد بیکار کسانی هستند که در جستجوی کار هستند اما نتوانسته‌اند شغل مناسب خود را داشته باشند. همچنین افرادی که با تمایل شخصی یا به دلیل بیماری یا معلولیت مشغول به کار نیستند، بیکار محسوب می‌شوند. اگر فرد از محل کار خود اخراج شده یا به علت ورشکستگی بیکار شده است نیز علت بیکاری ثبت گردد.

تحصیلات مراجعه کننده بر مبنای گفته مراجعه کننده در محل مربوطه ثبت می شود. همچنین وضعیت مجرد یا تاهل مراجعه کننده مورد پرسش قرار گرفته و پاسخ وی به تفکیک "مجرد" (هرگز ازدواج نکرده)، "متاهل" (دارای همسر و در حال زندگی با وی/ عقد کرده) و "جدا از همسر" (دارای همسر است اما به هر دلیلی اعم از فوت، سفر طولانی مدت (بیشتر از ۶ ماه)، طلاق، زندان، اختلاف خانوادگی و جدا از همسر خود زندگی می کند) علامت زده شود.

آدرس محل زندگی و محل کار مراجعه کننده، همچنین شماره تلفن وی در محل مربوطه ثبت و وضعیت بیمه پایه (بیمه روستایی، تامین اجتماعی، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و....) و بیمه تکمیلی نیز در خانه مربوطه علامت زده شود. همچنین در صورتی که فرد تحت پوشش خدمات اجتماعی سازمانهای حمایتی و خیریه مانند کمیته امداد، بهزیستی، محک، بنیاد بیماریهای خاص و سایر بنیادها قرار دارد، ثبت شود.

۲- تن سنجی زنان								
چاقی شکمی	چاقی BMI ≥ ۳۰	اضافه وزن ۲۵-۲۹,۹ BMI =	لاغری BMI < ۱۸,۵	طبیعی BMI ۱۸,۵-۲۴,۹	اندازه	شاخص	اندازه	اندازه‌گیری
						نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد)		قد (متر)
						دور کمر (سانتی‌متر)		وزن (کیلوگرم)

تن سنجی: در این قسمت قد، وزن، دور کمر و نمایه توده بدنی (BMI = Body Mass Index) توسط بهورز آموزش دیده در روستا و کاردان یا کارشناس دوره دیده در شهر اندازه گیری و محاسبه شده و در بخش تن سنجی فرم ارزیابی ثبت می گردد. اندازه قد فرد به وسیله قدسنج یا متر بدون کفش، در حالتی که فرد پشت به دیوار ایستاده، سر مستقیم به سمت جلو و پاشنه پا مماس با دیوار باشد، اندازه گیری شده و عدد حاصل بر حسب متر ثبت می شود. اندازه وزن فرد با حداقل لباس و به وسیله ترازوی کالیبره شده بر حسب کیلوگرم بدون اعشار، در این قسمت ثبت می گردد. نمایه توده بدنی (BMI) با استفاده از وزن و قد بر اساس فرمول زیر محاسبه شده و عدد حاصل در محل مربوطه ثبت و بر اساس جدول زیر وضعیت مراجعه کننده تعیین و در خانه مربوطه علامت زده می شود.

$$BMI = \frac{\text{وزن (کیلوگرم)}}{\text{مجذور قد بر حسب متر}}$$

پس از تعیین نمایه توده بدنی به مراجعه کننده در خصوص وزن طبیعی با توجه به جدول زیر بازخورد داده می شود:

مقدار BMI، اسامی اجرایی ارزیابی دوره ای سلامت میانسالی و پیری سلامت	
کمتر از ۱۸/۵	لاغری (کم وزنی)
۱۸/۵ - ۲۴/۹	طبیعی
۲۵/۰ - ۲۹/۹	اضافه وزن
۳۰ و بیشتر	چاقی چاقی درجه ۱ (۳۰-۳۴/۹) چاقی درجه ۲ (۳۵-۳۹/۹) چاقی درجه ۳ یا شدید (۴۰ و بیشتر)

تن سنجی مردان								
اندازه گیری	اندازه	شاخص	اندازه	طبیعی BMI = ۱۸,۵-۲۴,۹	لاغری BMI < ۱۸,۵	اضافه وزن BMI = ۲۵-۲۹,۹	چاقی BMI ≥ ۳۰	چاقی شکمی
قد (متر)		نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد)						
وزن (کیلوگرم)		دور کمر (سانتی متر)						

برای اندازه گیری دور کمر ابتدا فرد در حالتی که به راحتی ایستاده و پاها به اندازه ۳۰-۲۵ سانتی متر از هم باز است، قرار می گیرد. سپس متر نواری را در ناحیه نقطه میانی حد فاصل قسمت پائینی آخرین دنده و برجستگی استخوان لگن (بدون پوشش یا لباس) قرار داده و بدون وارد کردن فشار بر بافت‌های نرم، اندازه دور کمر مشخص و عدد حاصل از اندازه گیر بر حسب سانتی متر در خانه مربوطه ثبت و بر اساس نقطه تمایز اعلام شده کشوری برای اندازه دور کمر در چاقی شکمی مردان و زنان، در خانه مربوطه (طبیعی یا چاقی شکمی) علامت گذاری می شود.

در صورت وجود مورد حائز اهمیت در سیر بررسی تن سنجی، اعم از لاغری، چاقی، اضافه وزن و چاقی شکمی توصیه های لازم ارائه شده و نتیجه در جدول تشخیص و طبقه بندی، در ردیف اول تحت عنوان تن سنجی نامطلوب به صورت کشیدن دایره دور کد مربوطه (کد ۱: لاغری، کد ۲: اضافه وزن، کد ۳: چاقی، کد ۴: چاقی شکمی) ثبت می گردد. همچنین اقدامات انجام شده مانند آموزش و مشاوره یا ارجاع تشخیصی و درمانی و... در ستون اقدامات جدول تشخیص و طبقه بندی درج می شود.

شیوه زندگی: هدف از بررسی شیوه زندگی مراجعه کننده بهبود الگوی مصرف مواد غذایی او در جهت تغییر رفتار بر اساس هرم مواد غذایی و بهبود فعالیت جسمانی او در جهت تغییر رفتار بر اساس استاندارد WHO برای حداقل فعالیت جسمانی تامین کننده سلامتی فرد می باشد. همچنین پرهیز از مصرف انواع دخانیات یا ترک استعمال آن مد نظر قرار می گیرد. این خدمات توسط مراقب سلامت خانواده دوره دیده یا بهورز دوره دیده ارائه شده و فرم تکمیل می شود.

۳- شیوه زندگی		
۳- ۱) تغذیه		
ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص	ندارد	دارد
در یک سال گذشته	نوع	علت

پس از توضیح اولیه در مورد چرایی خدمات مربوط به شیوه زندگی، موارد زیر در شیوه زندگی مراجعه کننده ارزیابی می شود:

تغذیه: ابتدا از فرد پرسیده می‌شود آیا در یکسال گذشته مصرف ماده غذایی برای وی ممنوع بوده یا مقدار آن محدود شده است؛ هم چنین رژیم غذایی خاصی داشته است یا خیر. در صورت پاسخ مثبت، نوع و علت آن نیز پرسیده و درج می‌گردد. در موارد وجود بیماری، بویژه در مواردی که محدودیت یا ممنوعیت مصرف مواد غذایی خاص مد نظر باشد، لازم است فرد برای مشاوره تغذیه به پزشک یا کارشناس تغذیه ارجاع گردد.

مصرف گروه‌ها و مواد غذایی	میزان مصرف	میزان مطلوب	نامطلوب	عادات غذایی نامناسب	ندارد (مطلوب)	دارد (نامطلوب)
تعداد واحد مصرفی معمول روزانه لبنیات	۲-۳			مصرف معمول هفتگی فست فود، سوسیس، کالباس، پیتزا و....		
تعداد واحد مصرفی معمول روزانه سبزیها	۳-۵			مصرف معمول هفتگی نوشیدنی‌های گازدار		
تعداد واحد مصرفی معمول روزانه میوه‌ها	۲-۴			مصرف روغن جامد و نیمه جامد (نباتی و حیوانی) استفاده از نمکدان سرسفره توسط فرد		
سایر موارد نیازمند توصیه برای خود مراقبتی: (مصرف ماهی، حبوبات، تخم مرغ، نان سبوس دار، جداسازی پوست مرغ و چربی گوشت، کاهش مصرف سرخ کردنی/انواع شیرینی / تنقلات کم ارزش، افزایش استفاده از مواد غذایی تازه برای طبخ غذا، طبخ بخارپز و آب پز و تنوری، رعایت اصول نگهداری غذا)						
تعداد موارد نامطلوب = امتیاز =						

همچنین در ارزیابی تغذیه ای فرد، الگوی مصرف معمول مهم‌ترین گروه‌ها و مواد غذایی و عادات تغذیه ای فرد بررسی می‌شود. منظور از مصرف معمول روزانه، مصرف فرد در اکثر روزهای هفته (حد اقل چهار روز هفته) و منظور از مصرف معمول هفتگی مصرف فرد در اکثر هفته‌ها (حداقل سه هفته از هر ماه) از مهم‌ترین گروه‌های غذایی بر اساس هرم مواد غذایی است. در ستون اول میزان مصرف لبنیات، سبزیها، میوه‌ها به صورت تعداد واحد مصرفی معمول فرد در یک روز پرسیده شده و نتیجه در خانه مقابل هریک از آنها ثبت و بر اساس واحد استاندارد مطلوب مصرفی، مطلوب یا نامطلوب بودن میزان مصرف این گروه‌ها در خانه مربوطه علامت زده می‌شود.

میزان مطلوب مصرف روزانه لبنیات ۲-۳ واحد لبنیات ترجیحا لبنیات کم چرب است. هر واحد از گروه لبنیات برابر است با:

یک لیوان شیر یا ماست = ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی معادل یک و نیم قوطی کبریت = یک چهارم لیوان کشک = ۲ لیوان دوغ

توجه داشته باشید گرچه یک و نیم لیوان بستنی معادل یک سهم لبنیات محسوب می‌شود اما در گروه سنی میانسالان با توجه به میزان بالای کالری بستنی، به صورت مصرف معمول روزانه لبنیات توصیه نمی‌شود. در خصوص مصرف لبنیات پرچرب نیز به این اصل توجه شود. همچنین در گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال سه واحد را به عنوان میزان مصرف مطلوب لبنیات در نظر بگیرید.

میزان مطلوب مصرف روزانه سبزیها ۳-۵ واحد است. هر واحد از گروه سبزیها برابر است با:

یک لیوان سبزیهای خام برگ دار = نصف لیوان سبزی‌های پخته یا خام خرد شده = نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و هویج خرد شده =

یک عدد گوجه فرنگی یا هویج یا خیار یا پیاز خام متوسط

توجه داشته باشید سیب زمینی در تعداد واحدهای سبزیها محاسبه نشود.

میزان مطلوب مصرف روزانه میوه‌ها ۲-۴ واحد است. هر واحد از گروه میوه‌ها برابر است با:

فعالیت جسمانی: در این بخش از خدمات شیوه زندگی، فعالیت جسمانی مراجعه کننده در یک هفته معمول از نظر نوع، مدت، شدت و تعداد دفعات مورد بررسی قرار می‌گیرد. منظور از فعالیت جسمانی به طور معمول اکثر هفته‌ها یعنی حداقل ۳ هفته از هر ماه می‌باشد. اگر فرد به طور معمول فعالیت جسمانی ندارد، علت آن مورد پرسش قرار گرفته و در ستون "ندارد" ثبت شود. علل زندگی کم تحرک مواردی از قبیل بیماری، معلولیت، محدودیت حرکتی و بهانه‌هایی مانند کمبود وقت، تنبلی، خستگی، سرما یا گرمای هوا، عدم آگاهی از چگونگی انجام فعالیت جسمانی و فواید آن و..... می‌تواند باشد. بر حسب علت یا بهانه‌ای که فرد برای زندگی بدون تحرک خود ذکر می‌کند، می‌بایست اقدام لازم صورت گیرد. در مواردی که وجود بیماری، علت عدم فعالیت جسمانی فرد می‌باشد، لازم است فرد برای مشاوره لازم به پزشک ارجاع گردد. در غیر این صورت مشاوره برای تغییر رفتار انجام شده و برای کسانی که تازه فعالیت بدنی را شروع می‌کنند، توصیه شود که با شدت کم و مدت کوتاه شروع کرده و به تدریج بر شدت و مدت فعالیت بدنی بیافزایند. بدیهی است نداشتن فعالیت بدنی از مواردی است که در ستون قرمز ثبت شده و نامطلوب می‌باشد.

در صورتی که فرد اظهار می‌کند به طور معمول فعالیت جسمانی دارد، فعالیت وی از نظر نوع، مدت، شدت و تعداد دفعات در هفته مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نوع: نوع فعالیت فرد در سه بخش مورد سوال قرار گیرد و در ردیف مربوطه ثبت شود: پیاده روی، کار / شغل همراه با فعالیت بدنی، ورزش و سایر تمرینات تفریحی، ورزشی. در هریک از موارد، در صورت مثبت بودن پاسخ، شدت، مدت و دفعات آن پرسیده و در خانه‌های مقابل آن مطابق دستور عمل زیر ثبت شود:

در صورت عدم انجام هریک از فعالیت‌ها، در خانه‌های مقابل آن خط تیره گذاشته شود.

- پیاده روی: در صورتی که فرد در طول هفته به اشکال مختلف از قبیل رفت و آمد روزانه، گذران اوقات فراغت، پیاده روی تند و استفاده از تردمیل، پیاده روی انجام می‌دهد، که شدت، مدت و دفعات آن در هفته در خانه‌های مقابل آن درج گردد.
- کار / شغل همراه با فعالیت بدنی: اگر فرد کار پر تحرک دارد یا وظایف شغلی وی توأم با فعالیت بدنی است (مانند کشاورز، کارگر)، در خانه‌های مقابل آن مانند موارد قبلی ثبت گردد. به افرادی که مشاغل بدون تحرک مانند فعالیت اداری، اپراتوری، رانندگی و از این قبیل را دارند آموزش و مشاوره لازم برای فعالیت بدنی مطلوب صورت گیرد. باید توجه داشت مشاغل مانند آبیاری یا باغبانی انرژی کمی مصرف می‌کنند. اما چمن زنی و شخم زدن شدت متوسط به بالا دارند.
- ورزش و سایر تمرینات تفریحی، ورزشی: در صورتی که فرد در طول هفته با هدف ورزش یا تفریح به انجام ورزش‌هایی مانند شنا، کوهنوردی، دوچرخه سواری، والیبال، بسکتبال، ورزشهای سالنی و سایر ورزش‌ها می‌پردازد، با ذکر نام ورزش در خانه نوع ثبت شود.
- سایر فعالیتهای جسمانی: هرگونه فعالیت جسمانی دیگری که فرد انجام می‌دهد و در دسته بندی‌های فوق قرار نمی‌گیرد، در این بخش ثبت می‌شود.

مدت فعالیت در روز: در این ستون از جدول فعالیت جسمانی، مدت زمانی که به طور معمول در هر روز هر یک از فعالیت‌های جسمانی انجام می‌شود، پرسیده و بر حسب دقیقه ثبت می‌گردد.

شدت: برای تعیین شدت فعالیت، از روش تست صحبت کردن در حین انجام فعالیت جسمانی استفاده گردد. از فرد پرسیده شود آیا زمانی که فعالیت جسمانی انجام می‌دهد، قادر به صحبت کردن می‌باشد یا خیر. در صورتی که بتواند به راحتی صحبت نماید یا آواز بخواند یا سوت بزند، شدت فعالیت وی خفیف است. اگر در هنگام صحبت کردن به نفس نفس زدن می‌افتد و نمی‌تواند آواز بخواند، شدت فعالیت فرد متوسط است و اگر قادر به صحبت کردن نمی‌باشد، شدت فعالیت جسمانی، شدید می‌باشد. به عبارت دیگر اگر فرد

حین فعالیت بدنی مجبور است هر ۳-۴ کلمه یک بار نفس بکشد، شدت فعالیت او متوسط و اگر مجبور است هر ۱-۲ کلمه یک بار نفس بکشد، شدت فعالیت او شدید محسوب می‌شود.

در صورتی که فرد از وسایلی مانند تردمیل استفاده می‌کند که تعداد ضربان قلب وی در حین فعالیت نشان داده می‌شود یا توانایی اندازه‌گیری نبض را در حین انجام فعالیت بدنی دارد، برای تعیین شدت فعالیت می‌توان از روش حداکثر ضربان قلب استفاده کرد. در این روش، ابتدا از فرمول (سن - ۲۲۰ = حداکثر ضربان قلب) حداکثر ضربان قلب فرد تعیین می‌شود. اگر تعداد ضربان قلب وی در هنگام انجام ورزش، مساوی یا بیش از ۵۵ درصد حداکثر ضربان قلب محاسبه شده باشد، شدت فعالیت متوسط تا شدید است. به عنوان مثال، اگر سن فردی ۳۵ سال باشد، حداکثر ضربان قلب وی $185 = 220 - 35$ و ۵۵ درصد آن حدود ۱۰۲ می‌باشد. این فرد اگر در حین فعالیت ورزشی تعداد ضربان قلبش ۱۰۲ بار و بیشتر باشد، شدت فعالیت او متوسط رو به بالا است. تعداد دفعات (روزها) در هفته: در این قسمت، از فرد پرسیده شود که هر نوع فعالیت جسمانی را چند بار در هفته انجام می‌دهد و در خانه مربوطه ثبت شود.

زمان در هفته: مدت زمان هر بار یا هر روز فعالیت جسمانی مورد نظر بر حسب دقیقه در تعداد دفعات آن ضرب شده و عدد حاصل در خانه مربوطه در ستون زمان در هفته ثبت می‌گردد. به عنوان مثال اگر فرد ۳ روز در هفته و هر روز ۱۵ دقیقه پیاده روی تند دارد، ۴۵ دقیقه زمان انجام پیاده روی او در هفته است که در ردیف پیاده روی ثبت می‌شود و برای ردیفهای دیگر فعالیت جسمانی نیز به همین صورت عمل می‌گردد. اگر این مدت زمان برای مجموع فعالیت‌های بدنی فرد در طول یک هفته به طور معمول به ۱۵۰ دقیقه برسد، زمان فعالیت بدنی برای تامین سلامت او کافی است.

فعالیت جسمانی منظم و مستمر:

فعالیت جسمانی منظم فعالیتی است که در اکثر روزهای هفته و اکثر هفته‌ها در هر ماه (حد اقل سه هفته از ۴ هفته) انجام می‌شود. فعالیت جسمانی مستمر فعالیتی است که حداقل در سه ماه اخیر بطور مستمر ادامه داشته است.

فعالیت جسمانی مطلوب = فعالیت جسمانی منظم و مستمر با شدت متوسط ۱۵۰ دقیقه در هفته

فعالیت جسمانی مطلوب: چنانچه فرد بطور معمول، منظم و مستمر، فعالیت جسمانی با شدت متوسط حداقل ۳۰ دقیقه در روز، ۵ روز یا ۱۵۰ دقیقه در هفته داشته باشد با بطور معمول، منظم و مستمر، فعالیت جسمانی شدید سه روز در هفته به مدت ۷۵ دقیقه در روز داشته باشد، در خانه مطلوب علامت زده شود. در صورت عدم فعالیت جسمانی یا کافی نبودن فعالیت جسمانی از نظر مدت، شدت و استمرار آن، در خانه نامطلوب علامت زده شده و برای ارتقای فعالیت جسمانی آموزش و مشاوره لازم ارائه گردد.

برای مطلوب بودن میزان فعالیت جسمانی، هم شدت، هم مدت و هم دفعات انجام آن در هفته باید مطلوب باشند و در صورتی که هر یک از موارد مذکور مطلوب نباشد، میزان فعالیت جسمانی نامطلوب است.

به عنوان مثال، برای فردی که ۳ بار در هفته و هر بار ۳۰ دقیقه پیاده روی با شدت متوسط دارد و فعالیت دیگری انجام نمی‌دهد، جدول به این صورت تکمیل می‌شود: نوع: پیاده روی، مدت در روز: ۳۰ دقیقه، شدت: متوسط، دفعات در هفته: ۳ بار، فعالیت جسمانی این فرد در خانه نامطلوب علامت گذاری می‌شود و با توجه به وضعیت مراجعه کننده به وی توصیه می‌شود که فعالیت خود را از طریق افزایش تعداد روزهای فعالیت جسمانی با شدت متوسط یا افزایش مدت زمان انجام فعالیت جسمانی با شدت متوسط در هر روز به ۱۵۰ دقیقه در هفته افزایش دهد.

در مواردی که وجود بیماری، علت نامطلوب بودن فعالیت جسمانی فرد می‌باشد، لازم است فرد برای تعیین نوع و شدت فعالیت جسمانی به پزشک ارجاع گردد.

دارد			نوع ماده مصرفی	ندارد	ماده مصرفی
مصرف غیر مستقیم	طول مدت مصرف	دفعات مصرف روزانه/هفتگی/ماهانه/.....			
					دخانیات (سیگار، قلیان، چپق، ...)
					نوشیدنیهای الکلی
					* داروهای آرام بخش و خواب آور
					* مواد اعتیاد آور افیونی، محرکهای آمفتامینی و انواع حشیش

استعمال دخانیات: در خصوص مصرف انواع دخانیات نظیر سیگار، قلیان، چپق و سایر مواد در حال حاضر از مراجعه کننده سوال شود. در صورت پاسخ بلی، نوع، دفعات استعمال روزانه یا هفتگی آن و مدت زمانی را که در حال مصرف ماده مذکور است (ماه یا سال)، در خانه های مربوطه ثبت گردد. با توجه به اینکه در مورد استعمال دخانیات، تغییر رفتار مراجعه کننده هدف اصلی برای گرفتن اطلاعات و ثبت آن می باشد در صورت استعمال غیر روزانه یا گاهگاهی یا بعضی روزها نیز در خانه مربوطه توضیح داده شده و خطرات این نوع استعمال حتی در معرض غیر مستقیم دود قرار گرفتن نیز گوشزد و برای تغییر رفتار مراجعه کننده اقدام گردد. در مورد افراد سیگاری، هدف اول رساندن تعداد سیگار مصرفی روزانه به ۵ نخ و عوض کردن نوع سیگار به سیگار سبک تر و آماده کردن فرد برای ترک استعمال دخانیات و قع مصرف قلیان می باشد.

وابستگی یا اختلال مصرف مواد: اختلال مصرف مواد، یک الگوی آسیب‌شناختی از رفتارهای مرتبط با مصرف مواد است که با نقص کنترل، آفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر، تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با آسیب‌های مرتبط با مصرف و تحمل فیزیولوژیک نسبت به مواد مشخص می گردد.

مواد: شامل همه ترکیباتی است که واجد خواص روان گردان بوده و مصرف آنها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی)، اختلال در قضاوت و شعور فرد (فراموشی و بی توجهی) می شود. مواد در دستجات زیر تقسیم بندی می شوند:

- ترکیبات افیونی (تریاک، شیر، سوخته، هرویین، کدین، ترامادول، غیره)

- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)

- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)

- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) بدون تجویز پزشک یا با مقدار و دفعات مصرف بیش از تجویز پزشک

در خصوص مصرف الکل و مواد روانگردان با رعایت احترام و حریم خصوصی مشابه دخانیات عمل شده و در خصوص مصرف آنها در حال حاضر از مراجعه کننده سوال شود. به مراجعه کننده یاد آوری کنید که این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. هدف از این پرسش، دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به آنان کمک نماید. در صورت پاسخ بلی، نوع ماده مصرفی، دفعات استعمال روزانه یا هفتگی آن و مدت زمانی که در حال مصرف ماده مذکور است (ماه یا سال)، در خانه های مربوطه ثبت و فرد مصرف کننده برای دریافت خدمات مشاوره به روانشناس یا پزشک دوره دیده ارجاع گردد.

پس از تکمیل بخش شیوه زندگی، در جدول طبقه بندی و تشخیص در صفحه آخر فرم ارزیابی دوره ای سلامت، در ردیف دوم تحت عنوان شیوه زندگی نامطلوب، در صورتی که تغذیه فرد مطلوب نیست (هر یک از گروه های غذایی به میزان مطلوب مصرف نمی شود یا عادات غذایی نامناسب وجود دارد) دور کد ۱ و زیر کد مربوط به هر یک از گروههایی که مصرف نامطلوب دارد، دایره کشیده شود. همچنین در صورت نامطلوب بودن فعالیت جسمانی کشیدن دایره دور کد ۲ و در صورت مصرف دخانیات دور کد ۳ و زیر کد مربوط به آن، همچنین اقدامات شامل ارائه توصیه ها و مشاوره و ارجاع برای اصلاح وضع موجود در ستون اقدامات ثبت می شود. توجه شود که تکمیل این بخش از فرم، جمع بندی همه خدمات شیوه زندگی را شامل می شود و نباید مورد غفلت قرار گیرد.

ارزیابی روانشناختی: جهت غربالگری افراد از لحاظ وجود یا عدم وجود علائم بیماری های روانی از ابزار غربالگری K6 (مقیاس دیسترس روانشناختی کسلر) استفاده می شود. برای استفاده از این ابزار، بهورز یا مراقب سلامت، ابتدا ۶ سوال زیر را از مراجعه کننده پرسیده و به پاسخ های کیفی وی امتیاز عددی داده و بر حسب نمره پاسخ وی تصمیم گیری می شود:

سپس نمرات حاصله از هر سوال را باهم جمع بنماید. در صورتی که مراجعه کننده امتیاز کمتر از ۱۰ کسب نمود درخانه مربوطه در ستون "ندارد" امتیاز او را ثبت نموده و روش های مقابله و پیشگیری از بیماری های روان بصورت مختصر آموزش دهید. اگر نمره ۱۰ و بالاتر کسب کرد در قسمت "دارد" نمره وی را ثبت و وی را جهت بررسی های تکمیلی به پزشک مرکز ارجاع دهید. همچنین در صورتی که مراجعه کننده به بیش از سه سوال پاسخ نداده یا اظهار بی اطلاعی نموده باشد، امتیاز آزمون او اعتبار نداشته و نیاز به بررسی بیشتر توسط پزشک وجود دارد..

اصلا (۰)	بندرت (۱)	گاهی (۲)	بیشتر (۳)	همیشه (۴)	۴- ارزیابی روانشناختی*
					چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟
					چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟
					چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری می کردید؟
					چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟
					چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کار برای شما خیلی سخت است؟
					چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟

* اصلا (۰)، بندرت (۱)، گاهی (۲)، بیشتر اوقات (۳)، همیشه (۴)

امتیاز: کمتر از ۱۰ = دیسترس روانشناختی ندارد (طبیعی) و ۱۰ و بالاتر = دیسترس روانشناختی دارد

توجه: امتیاز حاصله از تست فوق توسط انجام دهنده آن در خانه مربوطه در بخش علائم بیماری ها ثبت می شود تا پزشک بر اساس آن بررسی تکمیلی لام را انجام داده، تشخیص و طبقه بندی و اقدامات مربوطه را انجام دهد.

ایمن سازی، آلرژی، مواجهات شغلی/مکمل یاری: این قسمت نیز توسط بهورز، کاردان و یا کارشناس بهداشتی دوره دیده تکمیل می شود.

۴- ایمن سازی، آلرژی، مواجهات شغلی/مکمل یاری	
موضوع	ندارد
نیاز به واکسیناسیون	دارد
نوع واکسن مورد نیاز: دوگانه <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> آنفلوانزا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
عارضه/ آلرژی دارویی/ غذایی	
نام دارو/ غذا:	
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:	

<input type="checkbox"/> تزریق واکسن..... انجام شد	<input type="checkbox"/> تجویز مکمل ویتامین دی و آموزش مصرف آن انجام شد
<input type="checkbox"/> دفترچه های خودارزیابی تحویل و روش استفاده از آن آموزش داده شد	
نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط پزشک: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد	
نوع اقدام	

سابقه واکسیناسیون: در صورت نیاز به تزریق واکسن با توجه به برنامه های ایمن سازی در سطح کشور، مراجعه کننده جهت انجام واکسیناسیون ارجاع می گردد.

تشخیص نیاز به واکسن: در برنامه کشوری، آخرین واکسن یادآور دوگانه در سنین ۱۴ الی ۱۶ سالگی تزریق می گردد. سپس هر ۱۰ سال یکبار این واکسن باید تزریق گردد. برای تکمیل خانه مربوطه در صورتی که کارت واکسن مستند موجود نیست، زمانهای عمومی یا معمول واکسیناسیون توأم مانند واکسیناسیون در دبیرستان، هنگام ازدواج و حین حاملگی به مراجعه کننده یادآوری می شود تا دریافت واکسن توأم و زمان آن را به خاطر بیاورد در صورتی که سابقه مشخصی دریافت نشد، جهت انجام واکسیناسیون ارجاع می گردد. همچنین آن دسته از افرادی که در معرض خطر هیپاتیت "ب" هستند و تاکنون واکسن هیپاتیت ب دریافت نکرده اند، برای تزریق واکسن هیپاتیت ارجاع می شوند. گروههای پرخطر برای ایمن سازی هیپاتیت «ب» به شرح زیر می باشد:

مشاغل خاص:

الف - کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل: پزشکان، پرستاران، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، نظافت چیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاههای تشخیص طبی، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامائی،

ب - آتش نشانها، امدادگران اورژانس، زندانبانان، کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم

ج - رفتگران شهرداری ها

د - پرسنل مؤسسات نگهداری کودکانی که در کانونهای اصلاح و تربیت نگهداری می شوند، کودکان عقب مانده ذهنی و خانه سالمندان و معلمان مدارس استثنایی

بیماران خاص:

ه - بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی که بطور مکرر خون یا فرآورده های خونی دریافت می کنند (تالاسمی، هموفیلی و

و - افراد آلوده به هیپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند

ز - اعضاء خانواده فرد HBsAg⁺ ساکن در یک واحد مسکونی

رفتارهای پرخطر:

ح - زندانبانان دارای رفتارهای پر خطر و دارای محکومیت بیش از ۶ ماه

ط - افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند .

واکسن آنفلوانزا: برای افراد سنین بالا و یا بیماران ریوی و قلبی و عروقی و یا افرادی که دارای مشکلات ایمنی هستند و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی بصورت سالیانه تزریق می گردد. تزریق واکسن آنفلوانزا قبل از فصل سرما توصیه شده و پس از آن توصیه نمی شود. در حال حاضر تامین واکسن به عهده فرد است. از آنجا که زمان مطلوب برای تلقیح واکسن از شهریور ماه آغاز می گردد، واکسن های جدید از این تاریخ توزیع می گردد و باید به مراجعه کننده تاکید کرد که برای تهیه واکسن جدید از مهر ماه اقدام کند.

افراد در معرض خطر که دریافت واکسن آنفلوانزا به آنها توصیه می شود عبارتند از:

۱- بیماران دچار نقص سیستم ایمنی

۳- ساکنین آسایشگاه ها و کارکنان آن

۴- بیماران مبتلا به بیماری های مزمن (ریوی- قلبی عروقی- کلیوی و متابولیک)

۵- کارکنان حرفه های پزشکی و بهداشتی، بالاخص افراد در تماس مستقیم با بیمار

۶- مراقبین و سایر اعضای خانواده بیمارانی که جزو گروه در معرض خطر به حساب می آیند

۷- کارکنان شاغل در مرغداری ها و پرورش دهندگان طیور

در صورتی که فرد به بیماری خاصی مبتلا باشد، یا شرایط ویژه ای داشته باشد که نیاز به سایر واکسن ها توسط پزشک معالج وی تعیین شده است، در قسمت سایر نوع آن نوشته شده و تاریخ بعدی تزریق با توجه به کارت معین و در صورتی که تزریق آن در مرکز انجام شد، در محل مربوطه ثبت شود. چنانچه برای مراجعه کننده تزریق واکسن دوگانه انجام گردید، در قسمت مربوطه علامت زده شده و در غیراینصورت زمان انجام واکسیناسیون به وی اطلاع داده شود.

سابقه آلرژی دارویی یا غذایی: از مراجعه کننده در خصوص وجود حساسیت های غذایی یا دارویی و نوع آن (پوستی، تنفسی، عمومی) سوال و در قسمت مربوطه درج گردد.

مواجهه یا تماس با عوامل زیان آور شغلی: به شغل و وظیفه شغلی مراجعه کننده توجه نموده و در صورت احتمال این مواجهات بر اساس نوع مواجهه علامت زده شود.

فاکتورهای زیان آور در محیط کار افراد به چهار گروه عمده تقسیم می شوند که عبارتند از: عوامل زیان آور فیزیکی، عوامل زیان آور شیمیایی، عوامل زیان آور بیولوژیکی و عوامل زیان آور ارگونومیک. در رابطه با هر شغلی باید بررسی شود که کدام گروه از این عوامل در آن شغل وجود دارند.

مهمترین عوامل فیزیکی زیان آور در محیط کار عبارتند از: گرما، سرما، سر و صدا، افزایش و کاهش فشار و ارتعاش در محیط کار و اشعه های یونیزان و غیر یونیزان

مهمترین عوامل شیمیایی مورد نظر در محیط کار وجود دارند و تعدادشان بسیار زیاد است که بسیاری از این مواد حتی اثراتشان شناخته شده نیست، اما یک سری از موادی که پرمصرف تر هستند مانند گروه هایی از فلزات و حلال ها اثرات شناخته شده ای دارند. عوامل بیولوژیک زیان آور در محیط کار شامل قارچ ها، باکتری ها و ویروس ها می باشند که در بعضی مشاغل و عمدتاً مشاغلی که افراد در آن با مواد دفعی انسانها، حیوانات یا با گیاهان سرو کار دارند مانند آزمایشگاهیان، پرستاران، بهیاران، دامداران، دامپزشکان و.... بیشتر دیده می شود.

گروه بعدی عوامل ارگونومیک هستند که مرتبط با طراحی محیط کار، شکل انجام کار و وسایل مورد استفاده در محل کار هستند. در صورت عدم تناسب موارد فوق با شرایط فرد شخص دچار اختلالات مختلف از جمله ناراحتی های اسکلتی عضلانی می شود.

در صورت وجود یکی از عوامل زیان آور شغلی، مراجعه کننده پس از دریافت توصیه های اولیه بر اساس راهنما به پزشک دوره دیده طب کار با هماهنگی واحد بهداشت حرفه ای شهرستان ارجاع گردد. موارد توصیه شده و ارجاعات در جدول تشخیص و طبقه بندی فرم (صفحه ۴) درج گردد.

مکمل یاری: به کلیه زنان و مردان گیرنده خدمات، اهمیت دریافت مکمل ویتامین د و روش استفاده و احتیاطات مربوط به مصرف آن آموزش داده شده و مصرف ماهانه یک عدد مکمل ویتامین د به صورت قرص پرل ۵۰ هزار واحدی توصیه می شود. در صورتی که قرص مکمل فوق در مرکز موجود باشد یک بسته ۱۰ تایی برای مصرف ۱۰ ماه، در اختیار مراجعه کننده قرار گرفته و کلیه موارد فوق در خانه مربوطه علامت زده می شود.

خود مراقبتی: توصیه ها و آموزشهای متناسب با نیاز مراجعه کننده در زمینه شیوه زندگی و سایر موارد ارائه شده و در صورتی که مراجعه کننده قادر به استفاده از دفترچه خودارزیابی باشد، نحوه استفاده از دفترچه خودارزیابی به وی آموزش داده شده و در صورتی که دفترچه موجود باشد، در اختیار مراجعه کننده قرار گرفته و در خانه مربوطه علامت زده می شود.

نیاز به بررسی تکمیلی پزشک: این ردیف در واقع مربوط به ارجاعات داخل مرکز است و در صورتی که بهروز یا کاردان و کارشناس بهداشتی نیاز به بررسی پزشک را برای موضوعی خاص لازم بدانند، ضمن ثبت موضوع در خانه های مربوطه علامت گذاری می کند.

مثال: مراقب سلامت در بررسی شیوه زندگی با عدم فعالیت فیزیکی به علت وجود بیماری قلبی یا کمردرد یا..... مواجه شده است که نیاز به راهنمایی توسط پزشک و مشاوره مراجعه کننده باپزشک وجود دارد. در این حالت در خانه مربوطه علامت گذاری می شود.

در انتهای این بخش کاردان یا کارشناس بهداشتی که فرم را تکمیل کرده است نام و نام خانوادگی و سمت خود را در محل مربوطه یادداشت نموده و تاریخ ارائه خدمت را می نویسد. همچنین تاریخ مراجعه بعدی را به مراجعه کننده یاد آوری نموده و علت آن را در فرم ثبت می نماید.

۶- سلامت باروری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات سبا به پس از زایمان ماکول و در صورت تمایل به بارداری طی یک سال آینده خدمات سبا و مراقبت پیش از بارداری انجام شود.								
۶-۱) سوابق و شرح حال								
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی/...../..... سن اولین قاعدگی..... سن اولین زایمان..... تعداد بارداری تعداد زایمان								
سابقه شیردهی(ماه)..... سن یائسگی قطعی..... استفاده از روش پیشگیری از بارداری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع روش مدت استفاده.....								
وضعیت باروری	بلی	خیر	علائم و شکایات کنونی	بلی (نوع)	خیر	علائم / شکایات / بیماری فعلی	بلی (نوع)	خیر
بارداری / احتمال بارداری			ترشح واژینال غیرطبیعی			اختلال رابطه زناشویی، جنسی		
تمایل به بارداری تا یک سال بعد			زخم یا ضایعه در ناحیه تناسلی			گرگرفتگی / تعریق شبانه		
شیردهی در حال حاضر			ترشح مجرا / زخم تناسلی / رفتار پرخطر جنسی فرد و همسر وی			احساس خشکی واژن		
سابقه هورمون درمانی			بی نظمی قاعدگی / الیگومنوره / آمنوره / هیپومنوره			بی اختیاری ادراری		
سابقه سقط / مرده زایی / ماکروزومی						سایر علائم و شکایات کنونی		
ناباروری (مردانه، زنانه / اولیه، ثانویه ، علت			خونریزی رحمی (منو مترو راژی / هیپرمنوره / لکه بینی)			بیماری تشخیص داده شده فعلی (پولیپ ، فیبروم و PCO و.....)		

سلامت باروری: سلامت باروری زنان توسط کاردان یا کارشناس مامایی برای زنان مراجعه کننده به شرح زیر تکمیل می گردد:

سوابق و شرح حال: در پرسیدن سوالات مربوط به سوابق و شرح حال و علائم به وضعیت باروری فرد بویژه از نظر تاهل توجه نمایید. برخی سوالات را از افراد مجرد پرسیده نمی شوند. در قسمت شرح حال موارد زیر را ثبت نمایید:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مراجعه کننده سوال و ثبت شود. چنانچه تاریخ دقیق را نمی داند بصورت "نمی داند" و در صورتی که زمان تقریبی را می داند، زمان تقریبی ثبت شود به عنوان مثال اردیبهشت ماه یا سه ماه قبل یا بیشتر از یک سال قبل ثبت گردد . سپس در صورتی که متاهل است و یا حداقل یک بار ازدواج نموده است، تعداد بارداری، سن اولین قاعدگی، سن اولین زایمان، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه شیردهی برحسب ماه (مجموع مدت شیردهی برای همه فرزندان) در محل مربوطه ثبت گردد. در صورتی که از آخرین قاعدگی مراجعه کننده بیش از یک سال گذشته است، سن یائسگی قطعی نیز بر اساس زمان آخرین قاعدگی و با توجه به تاریخ تولد مراجعه کننده تعیین و ثبت شود.

همچنین در صورتی که مراجعه کننده برای جلوگیری از بارداری از روش خاصی استفاده می نماید (روش ها عبارتند از: قرص های پیشگیری از بارداری، کاندوم، روشهای تزریقی، آی یو دی، بستن لوله در زنان و مردان، روش منقطع) روش مورد استفاده و طول مدت استفاده از آن در قسمت مخصوص ثبت شده و در هر دو صورت (استفاده از روش یا عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری) مشاوره لازم برای فرزند آوری سالم منطبق با سیاستها و برنامه کشوری اداره باروری سالم صورت گیرد.

بارداری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات سبا به پس از زایمان موکول شود.

تمایل به بارداری: در صورت تمایل به بارداری در طی یک سال آینده خدمات سبا و مراقبت پیش از بارداری انجام شده و از تکرار خدمت یا ثبت مکرر بر اساس بخشنامه مشترک اداره سلامت میانسالان و اداره سلامت مادران (ضمیمه راهنما) عمل گردد.

زنانی که در ارزیابی دوره ای سلامت مبتلا به سوتغذیه، مصرف دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر، انواع اختلالات ژنتیکی، سابقه اختلال انعقادی، سابقه یا ابتلا به بیماری ها (دیابت، قلبی، اتوایمیون، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، بیماریهای تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، ...) هستند، پرخطر محسوب شده و باید در خصوص اهمیت مشاوره و مراقبت پیش از بارداری آموزش ببینند.

احتمال بارداری: در صورتی که از تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی بیش از یک ماه گذشته باشد یا علائمی حاکی از احتمال بارداری وجود داشته باشد، برای تشخیص حاملگی قطعی اقدام شود.

شیر دهی فعلی: از مراجعه کننده در خصوص شیردهی در حال حاضر سوال گردد در صورت شیردهی در حال حاضر، ملاحظات لازم در خصوص روش تنظیم خانواده، ضایعات پستانی، مشاوره شیر دهی و ... به عمل آید.

سابقه هورمون درمانی: سابقه هورمون درمانی یا مصرف داروها و ترکیبات هورمونی مورد سوال قرار گرفته و نوع هورمون مصرفی و طول مدت مصرف آن در خانه مربوطه ثبت می شود.

سابقه سقط، مرده زایی و ماکروزومی: خارج شدن محتویات رحم قبل از سن ۲۲ هفتگی جنین را سقط یا **abortion** می نامند و خروج جنین مرده بعد از هفته ۲۲ را مرده زایی می نامند. ماکروزومی به معنای تولد نوزاد با جنه بزرگ (وزن ۴ کیلو و بالاتر) است.

سابقه سقط / مرده زایی / ماکروزومی سوال شده و پاسخ از نظر نوع سقط (خود به خودی، تهدید به سقط، سقط غیر قابل اجتناب / عاداتی، مکرر/ درمانی/ انتخابی، القایی، عفونی) و تولد نوزاد با ماکروزومی ثبت می شود.

ناباروری: در افراد حداقل یک بار ازدواج کرده سابقه ناباروری مورد پرسش قرار می گیرد. در صورتی که علیرغم یک سال نزدیکی "محافظت نشده" زوجین، حاملگی اتفاق نیفتد، زوج نابارور محسوب می شوند. ناباروری، شامل ناباروری اولیه (بیماران بدون سابقه حاملگی) و ناباروری ثانویه (زوج هایی که ناباروری را پس از حاملگی های قبلی تجربه می نمایند) می باشد. همچنین ممکن است ناباروری به علل مردانه یا زنانه اتفاق افتاده باشد. در صورت وجود ناباروری، نوع آن (مردانه، زنانه، اولیه، ثانویه) در خانه مربوطه ثبت شده و آموزشهای لازم ارائه می گردد.

پس از اخذ سوابق فوق علائم و شکایات فعلی مراجعه کننده به شرح زیر مورد پرسش قرار می گیرد:

ترشح واژینال در مراجعه کننده یا ترشح مجرا در همسر وی مورد پرسش قرار گرفته و نوع ترشح از نظر بو، رنگ و... سوال شده و در صورت غیر طبیعی بودن در قسمت بلی ثبت گردد.

زخم یا ضایعه در ناحیه تناسلی مراجعه کننده یا همسر وی نیز مورد سوال قرار گرفته و نتیجه با توجه به گفته مراجعه کننده در خانه مربوطه ثبت می شود.

بی‌نظمی قاعدگی و خونریزی غیر طبیعی رحمی: الگوی خونریزی قاعدگی مراجعه کننده مورد پرسش قرار گرفته و در صورت وجود هرگونه خونریزی غیر طبیعی به صورت بی‌نظمی قاعدگی/ الیگو منوره/ آمنوره/ هیپو منوره یا منو مترو راژی/ هیپرمنوره/ لکه بینی نوع آن در خانه مربوطه برای تصمیم‌گیری بعدی ثبت می‌شود. خونریزی غیر طبیعی زمانی است که:

۱ - سیکل قاعدگی کمتر از ۲۵ روز باشد (پلی منوره)

۲ - سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز باشد (اولیگو منوره)

۳ - حجم خونریزی بیشتر از ۸۰ CC باشد (منوراژی)

۴ - خونریزی نامنظم باشد (متروراژی)

۵ - خونریزی نامنظم و شدید باشد (منومتروراژی)

۶ - لکه بینی در طول سیکل یا بعد از مقاربت وجود داشته باشد

۷- آمنوره: در صورتی که قاعدگی به مدت ۳ دوره قطع شده است، فرد، مبتلا به آمنوره تلقی می‌شود.

آمنوره به علت حاملگی، استفاده از بعضی از روشهای پیشگیری از بارداری، اختلال عملکرد تخمدان مانند تخمدان پلی کیستیک، منوپوز طبیعی، منوپوز زودرس، هیسترکتومی و اوارکتومی اتفاق می‌افتد. در صورت وجود آمنوره در ستون بلی علت آن ثبت گردد. در صورت وجود خونریزی غیر طبیعی، بر اساس راهنما اقدام لازم یا ارجاع صورت گیرد.

گر گرفتگی/ تعریق شبانه: از زنان در دوران یائسگی طبیعی (۴۵ الی ۵۹ سال) در خصوص احساس گر گرفتگی سوال شود. اختلال وازوموتور به صورت احساس گرم شدن شدید در قسمت فوقانی بدن (سر و صورت و گردن و قفسه سینه) می‌باشد. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می‌افتد و مانع خواب و استراحت فرد می‌شود. گرگرفتگی پس از ۴-۵ دقیقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می‌شود. دفعات گر گرفتگی در افراد مختلف متفاوت است و در بعضی از زنان اصلاً اتفاق نمی‌افتد. چنانچه این علامت وجود داشت، در خانه بلی علامت زده شده و برابر راهنمای بالینی اقدام شود.

اختلال در روابط زناشویی: با رعایت حریم خصوصی، احترام به مراجعه کننده و رعایت موازین فرهنگی، اخلاقی و مذهبی از وی در خصوص رضایت از روابط عاطفی با همسر، روابط زناشویی و جنسی سوال شده و در صورت وجود مشکل در ستون بلی نوع مشکل ثبت گردد. روابط بین فردی مناسب پایه روابط زناشویی و جنسی رضایتمندانه است و مانع از بروز خشونت خانگی می‌گردد. در صورت وجود خشونت خانگی، علاوه بر ارجاع فرد به روانشناس برای کمک به مراجعه کننده، موضوع را در ثبت مخاطرات خانوادگی موثر بر سلامت فرد در نظر بگیرید.

اختلال در روابط جنسی ممکن است مرتبط با وجود بیماری زمینه‌ای، مصرف داروها، اختلال چرخه جنسی و مشکلات اورژنیتال بوده و به یکی از زوجین یا هر دو ارتباط داشته باشد.

اختلال عملکرد جنسی تحت تاثیر عوامل روانی، فیزیولوژیک و اجتماعی بوده و به ۴ گروه تقسیم می‌شود: اختلال در چرخه جنسی (اختلال میل جنسی *desire*، اختلال برانگیختگی *arousal*، اختلال *orgasm*) و مقاربت دردناک *dysparonia* ناشی از خشکی واژن در زنان. در صورت پاسخ مثبت نوع آن درج گردد.

احساس خشکی واژن: اغلب در خانم‌های سنین یائسگی و حین مقاربت دردناک احساس می‌شود. از زنان در سنین یائسگی این سوال پرسیده شود و در صورت پاسخ بلی در خانه مربوطه علامت گذاری شود.

بی‌اختیاری ادراری: بی‌اختیاری ادراری به صورت حاد یا مزمن دیده می‌شود. در نوع حاد آن عواملی مانند دیابت، عفونت، مشکلات نورولوژیکال و آناتومیک موثرند. نوع مزمن آن در دو حالت با مثانه خالی و مثانه پر دیده می‌شود. از میان انواع مختلف بی‌اختیاری

استرسی ادراری **stress incontinence** ممکن است مرتبط با کمبود استروژن دوره یائسگی، شلی عضلات کف لگن باشد. در این حالت ترشح مختصر ادرار همراه با سرفه، عطسه، و ... وجود دارد. در صورت وجود بی اختیاری ادراری در قسمت مربوطه ثبت شود. سایر علائم و شکایات کنونی: از مراجعه کننده خواسته شود که اگر هرگونه مشکل دیگری دارد مطرح نماید. سایر علائم و نشانه‌هایی که مراجعه کننده اظهار می‌دارد، در خانه مربوطه در ستون بلی ثبت شود.

بیماری تشخیص داده شده فعلی: در صورتی که برای مراجعه کننده بیماری دیگری مانند فیبروم، PCOD، PMS، پولیپ و... از قبل تشخیص داده شده است، نوع بیماری را در ستون بلی در خانه مربوطه ثبت نمایید.

در صورت وجود مورد مثبت در سیر بررسی تاریخچه سلامت باروری، دور موارد مربوطه را در ستون اول و اقدامات انجام شده را در ستون اقدامات جدول تشخیص و طبقه بندی، ردیفهای "باروری" و ردیف "یائسگی" ثبت نمایید.

۵- ۲) معاینات					
ندارد	دارد (نوع)	معاینه پستان / آموزش همزمان خود آزمایی	ندارد	دارد (نوع)	معاینه ژنیکولوژی / آموزش همزمان کگل
		نمای ظاهری غیرطبیعی (اندازه، قرینگی)			زخم / ضایعه / نمای غیرطبیعی در پرینه یا ولو
		تغییرات پوستی / تغییرات غیر طبیعی نیپل			ترشح واژینال غیرطبیعی
		ترشح از پستان (خودبخودی، خونی، چرکی و...)			آتروفی / خشکی و شکنندگی واژن / واژینیسموس
		توده پستان (محل، قوام، اندازه، چسبندگی و...)			ضایعات سرویکس (سرویسیت، پولیپ، زخم، برجستگی و...)
		توده زیر بغل / فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل)			وضعیت غیر طبیعی در معاینه رحم و آدنکسها
		سایر			شلی عضلات کف لگن (پرولاپس رحم، مثانه، رکتوم، مجرا و درجه بندی آن)
آموزش خود آزمایی پستان انجام شد <input type="checkbox"/>			آموزش ورزش کگل انجام شد <input type="checkbox"/>		

معاینات باروری زنان

معاینه ژنیکولوژی: معاینه ژنیکولوژی برای زنان حداقل یکبار ازدواج کرده ۳۰-۵۹ سال انجام می‌شود. پس از انجام معاینه کامل ژنیکولوژی، موارد مثبت و نوع آن در ستون بلی با ذکر نوع مشکل یا ضایعه و در صورت عدم وجود مشکل در ستون خیر علامت گذاری می‌شود. در معاینه ژنیکولوژی موارد زیر مورد نظر است:

زخم / ضایعه / نمای غیرطبیعی در پرینه یا ولو فیشر، هموروئید و هر نکته غیر طبیعی دیگر در معاینه مورد مشاهده قرار گرفته و نوع آن در خانه مربوطه ثبت می‌شود. در صورتی که ضایعه ای در ناحیه تناسلی خارجی وجود ندارد در خانه خیر علامت \checkmark گذاشته می‌شود.

واژینیت‌ها و عفونتهای تناسلی که بصورت یکی از موارد ترشح کاندیدایی، تریکومونایی، باکتریال، تبخال، زگیل تناسلی یا زخم‌های تناسلی تظاهر می‌نماید در ردیف بعدی ثبت می‌شود. در صورت وجود ترشح واژینال بدبو و مقاوم به درمان، ضایعات دیگر از جمله احتمال سرطانهای ژنیتال مد نظر قرار گیرد.

آتروفی / خشکی و شکنندگی واژن / واژینیسموس: آتروفی واژن و خشکی و فراژیل بودن آن بویژه در دوران گذار یائسگی مورد توجه قرار گرفته و در خانه مربوطه علامت زده شود.

ضایعات سرویکس که بصورت سرویسیت یا زخم دهانه رحم، پولیپ دهانه رحم یا توده مشکوک دهانه رحم تظاهر می‌نماید.

وضعیت غیر طبیعی در معاینه رحم و آدنکسها بویژه از نظر توده های لگن، بزرگی رحم و توده های رحم (فیبروم) مورد توجه قرار گرفته و در صورت وجود ضایعه ، نوع آن در خانه مربوطه ثبت شود.

پاپ اسمیر: در پایان یک معاینه کامل و قبل از خروج اسپکولوم در صورت لزوم و باتوجه به دستورالعمل کشوری نمونه پاپ اسمیر تهیه گردد.

معاینه دو دستی : پس از خارج نمودن اسپکولوم معاینه لگن انجام شده و ضایعات آدنکس (شامل: توده آدنکس، تندرینس آدنکس، عدم تحرک آدنکس و ...)، علائم التهاب لگن و توده های رحمی بررسی شده و نتیجه با ذکر نوع در خانه مربوطه در ستون بلی ثبت شود و در غیراین صورت در خانه مربوط به ستون خیر علامت گذاری شود.

شلی عضلات کف لگن (پرولاپس رحم، مثانه، رکتوم، مجرا و درجه بندی آن): وجود یا عدم وجود سیستوسل و گرید آن، وجود یا عدم وجود رکتوسل و گرید آن، وجود اورتروسل، وجود یا عدم وجود پرولاپس رحم و گرید آن در معاینه مشخص شده و در صورت وجود شلی عضلات کف لگن، نوع و درجه آن در خانه مربوطه ثبت گردد.

همه زنان میانسال برای پیشگیری از شلی عضلات لگن باید ورزش کگل را فرا بگیرند. در کسانی که معاینه واژینال انجام می شود، بهتر است برای درک بهتر چگونگی انجام ورزش کگل، هم زمان با انجام معاینه فوق آموزش ورزش کگل نیز انجام شود. اما در کسانی که به هر دلیل معاینه ژنیکولوژی انجام نمی شود نیز آموزش ورزش کگل ضروری است.

معاینه پستان: این معاینه برای کلیه زنان متاهل یا مجرد از ۳۰ سالگی در اولین ویزیت انجام و هم زمان با انجام معاینه، خود آزمایی پستان به آنان آموزش داده می شود.

معاینه دو طرفه پستان پس از قاعدگی و قبل از تخمک گذاری با قرارگیری دست ها در دو سمت، بالا بردن دست ها روی سر و در نهایت در حالت دست به کمر، خوابیده به پشت، انجام گیرد. لمس پستان با نرمه انگشت اشاره و انگشت میانی و وارد کردن فشار متفاوت با کف دست یا بند انگشتان زیر عضلات پکتورال جانبی به داخل حفره زیر بغل انجام می گیرد.

یک معاینه کامل به طور سیستماتیک تمام ناحیه پستان ها و قفسه سینه را در بر می گیرد. معاینه را می توان در جهت عقربه ای ساعت یا به صورت نواری انجام داد. معاینه داخل حفره زیر بغل و مجموعه نوک پستان و آرئول با اهمیت است. ظاهر التهابی پستان باید شک به وجود کارسینوم التهابی را برانگیزد. ظاهر کلاسیک یک سرطان التهابی پستان شامل قرمز متورم با ادم پوستی (نمای پوست پرتقال) است. هر تغییر غیر قرینه پوستی با تغییر مجموعه نوک پستان باید شک برانگیز باشد. در معاینه پستان موارد زیر مورد توجه قرار می گیرد:

نمای ظاهری پستان از نظر اندازه و قرینگی، تغییرات پوستی پستان مانند اگزمای پوست یا پوست پرتقالی، اسکار نمونه برداری یا جراحی، تغییرات غیر طبیعی نیپل مانند دفورمیتی نوک پستان و توکشیدگی آن، ترشح خونی، آبکی، شیر و ترشح چرکی از پستان بویژه ترشح خودبخودی یک طرفه خونی مورد توجه قرار گیرد. وجود زخم، وجود توده قابل لمس در پستان و بررسی آن از نظر محل، قوام، اندازه، چسبندگی و... وجود توده زیر بغل و فوق ترقوه و بررسی آن از نظر اندازه، تعداد، محل، همچنین سایر موارد مانند التهاب، کیست، آبسه، تندرینس و... که در معاینه وجود دارد.

در صورت وجود هر یک از موارد یاد شده نوع آن در قسمت "غیر طبیعی" درج گردد. همچنین هر نکته غیر طبیعی دیگری که در مشاهده و لمس پستان وجود دارد در خانه سایر ثبت گردد.

در صورتی که آموزش کگل و آموزش خود آزمایی پستان انجام شده، در خانه های مربوطه ردیف آخر بخش معاینات علامت گذاری شود.

در صورت وجود مورد حائز اهمیت و نیازمند اقدام در سیر معاینات فوق، نتیجه در جدول تشخیص و طبقه بندی، ردیفهای یائستگی، موربیدیتی باروری و بیماری اداری تناسلی، سرطان باروری، درج و ثبت گردد.

پاراکلینیک باروری:

نتیجه		تاریخ انجام پاراکلینیک بعدی	نتیجه آخرین آزمایش			تاریخ انجام آخرین آزمایش	نوع آزمایش ÷
نامشخص	غیرطبیعی		طبیعی	نامشخص	غیرطبیعی		
							پاپ اسمیر*
							ماموگرافی**
نوع اقدام.....		<input type="checkbox"/>	رد <input type="checkbox"/>	ندارد : پزشک از نظر سلامت باروری :			

* پاپ اسمیر: اهمیت رفتارهای سالم جنسی در پیشگیری از سرطان دهانه رحم و انجام پاپ اسمیر برای تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم و چگونگی انجام آن به کلیه زنان مراجعه کننده که حداقل یکبار ازدواج کرده باشند، با توجه به دستورالعمل کشوری آموزش داده شده و در ردیف اول پاراکلینیک علامت گذاری شود. همچنین در صورتی که نمونه پاپ اسمیر تهیه شده است در همین ردیف علامت گذاری شده و اگر به هر دلیل نمونه تهیه نشده است علت آن ثبت گردد.

در افرادی که علائم یا نشانه مشکوک از نظر سرطان دهانه رحم (خونریزی غیرطبیعی واژینال بویژه پس از مقاربت/ پس از یائسگی/ لکه بینی، ترشح واژینال بدبو، درد هنگام مقاربت، درد پایدارشکمی یا لگنی یا کمری، نمای ظاهری و وجود ضایعه در سرویکس، وجود توده در واژن یا سرویکس) یا پاسخ سیتولوژی مشکوک از نظر سرطان دهانه رحم دارند، لازم است بررسی های لازم برای تشخیص سرطان دهانه رحم برابر دستورالعمل کشوری در دستور کار قرار گیرد.

در صورتی که آزمایش فوق قبلاً انجام شده نتیجه آخرین آزمایش در محل مربوطه ثبت و در صورتی که نیاز به انجام آزمایش وجود دارد، در صورت وجود شرایط لازم، پاپ اسمیر انجام و نتیجه آن با ذکر نوع ضایعه در محل مخصوص به صورت زیر ثبت می شود.

- مواردی که گزارش آن به صورت نرمال یا متاپلازی در فرم بتسدا گزارش شده است در خانه طبیعی ثبت می شود.
- موارد غیر طبیعی پاپ اسمیر شامل موارد زیر می باشد:

کد ۱. التهاب: گرچه ارتباطی بابدخیمی دهانه رحم ندارد، ممکن است نیازمند مداخله درمانی باشد.

کد ۲. ASCUS (Atypical squamous cells of undetermined significance) در این حالت ۶ تا ۱۲ ماه پس از مداخله درمانی مجدداً پاپ اسمیر انجام می شود.

کد ۳ - مشکوک به بدخیمی یا پیش بدخیمی: این موارد باید برای بررسی از نظر بدخیمی به سطح بالاتر ارجاع شوند.

دیس پلازی، نئوپلازی، HSIL (High-grade Squamous Intraepithelial Lesin) ،

و LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesin) و....

- مواردی که به صورت عدم کفایت (Inadequacy) یا نمونه ناموفق (Unsatisfactory) گزارش شده است در ستون

نامشخص/ نیازمند تکرار ثبت شده و انجام مجدد پاپ اسمیر مد نظر قرار گیرد.

ماموگرافی: در صورتی که ماموگرافی انجام شده است، تاریخ انجام و نتیجه در خانه مربوطه ثبت و در غیر این صورت ضمن توجه به عوامل خطر، علائم و نشانه ها در فرد و برابر با دستورالعمل کشوری با هماهنگی پزشک مرکز ماموگرافی درخواست می گردد. در صورتی که در معاینه پستان توده ای لمس شود یا سایر علائم یا نشانه های مشکوک و نیازمند بررسی شامل: نمای ظاهری غیرطبیعی (

اندازه، قرینگی، تغییرات پوستی، تغییرات غیر طبیعی نیپل، ترشح از پستان بویژه ترشح خونی، توده پستانی با توجه به محل، قوام، اندازه، چسبندگی و توده زیر بغل/ فوق ترقوه وجود داشته باشد، با توجه به سن و عوامل خطر سرطان پستانو دستورالعمل کشوری با هماهنگی پزشک، سونوگرافی یا ماموگرافی تشخیصی درخواست می‌گردد.

در صورت انجام ماموگرافی، نتایج آن بر اساس سیستم BIRAD یا تطبیق با آن به صورت زیر دسته بندی به صورت زیر در بخش پاراکلینیک باروری ثبت می‌شود:

BIRAD- یک در خانه طبیعی

BIRAD- دو یا کد ۲ (تغییرات خوش خیم)، BIRAD سه یا کد ۳ (احتمالا خوش خیم: لزوم تکرار ماموگرافی هر ۶ ماه)

BIRAD چهار یا کد ۴ و BIRAD پنج یا کد ۵ (مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی) در خانه غیر طبیعی

انیزمند پیگیری

- نامشخص: BIRAD صفر (ارزیابی ناقص) ثبت می‌شود.

سایر موارد پاراکلینیک در صورت وجود مشکل خاص در خواست می‌گردد.

در صورت نیاز به هماهنگی با پزشک مرکز برای هر یک از موارد مرتبط با سلامت باروری، از نظر نیاز به معاینه، بررسی، درخواست پاراکلینیک یا اقدام تکمیلی، موضوع در ردیف پایانی خدمات سلامت باروری ثبت و در خواست مورد نظر از پزشک مرکز صورت می‌گیرد.

موارد تشخیصی داده شده یا نیازمند اقدام در بخش پاراکلینیک باروری در ردیف سرطان جدول تشخیص و طبقه بندی، به صورت زیر علامت گذاری و ثبت می‌شود:

سرطان تشخیص داده شده و تایید شده با پاسخ پاتولوژی مربوطه: کد ۲ پستان - کد ۳ سرویکس

کد ۶. مشکوک به بدخیمی پستان یا سرویکس در معاینه یا پاراکلینیک

کد ۷. در معرض خطر سرطان پستان

در انتهای بخش سلامت باروری، کاردان یا کارشناس مامایی که خدمات سلامت باروری را ارائه و بخش مربوطه را در فرم ارزیابی دوره ای سلامت تکمیل نموده است، نام و نام خانوادگی و سمت خود را در محل مربوطه یادداشت و تاریخ ارائه خدمت را می‌نویسد. همچنین تاریخ مراجعه بعدی را به مراجعه کننده یادآوری می‌نماید.

۸- سلامت باروری								
تعداد فرزندان..... روش پیشگیری از بارداری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع روش: مردانه <input type="checkbox"/> زنانه <input type="checkbox"/> نیاز به مشاوره فرزند آوری سالم دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>								
علائم کنونی	دارد(نوع)	ندارد	سوابق و شرح حال باروری	دارد(نوع)	ندارد	سوابق / شرح حال باروری	دارد(نوع)	ندارد
ترشح مجرا یا ترشح واژینال در همسر			در معرض خطر عفونت آمیزشی			ناباروری (اولیه، ثانویه / زنانه، مردانه)		
زخم تناسلی در فرد یا همسر او			اختلال یا نارضایتی در رابطه زناشویی/ جنسی			سایر (هیپرتروفی پروستات، واریکوسل، هیدروسل، ارکیت، وجود توده و هرگونه مشکل دیگر در بیضه ها.....)		

سلامت باروری در مردان: سلامت باروری مردان در همین بخش و پس از انجام بررسی سوابق و شرح حال پزشکی، توسط پزشک و ترجیحا پزشک مرد تکمیل می‌شود.

در صورتی که مرد مراجعه کننده متاهل و خانواده اش کامل است یا تمایل به داشتن فرزند ندارد، در مورد استفاده از روش پیشگیری از بارداری سوال شود. در صورتی که از روش پیشگیری خاصی استفاده می کند، نوع روش ثبت شده و اقدامات مرتبط با فرزند آوری سالم بر اساس دستورالعمل های کشوری انجام می گیرد.

ترشح مجرا در فرد یا ترشح واژینال در همسر: در خصوص وجود ترشح از مجرای ادراری و زخم ناحیه تناسلی فرد و در صورتی که فرد دارای شریک جنسی می باشد، در مورد ترشح واژینال همسرش، سوال می شود. در صورت پاسخ مثبت نوع آن پس از سوالات تکمیلی در قسمت "دارد" ثبت گردد.

زخم یا ضایعه در ناحیه تناسلی: در خصوص وجود زخم یا سایر ضایعات در ناحیه تناسلی و پرینه فرد یا همسرش سوال می شود. در صورت پاسخ مثبت، نوع ضایعه پس از سوالات تکمیلی مانند همراهی با علائم ادراری، سوزش، خارش و ... در قسمت "دارد" ثبت گردد.

توجه: عفونتهای تناسلی مردان یا مانند گنوره، کلامیدیا، سیفلیس، تریکومونا صرفاً آمیزشی هستند یا مانند کاندیدا و عفونت مختلط باکتریال (مشابه واژینوز باکتریال) عفونت مشترک بین زوجین هستند که یا به دلیل وجود عفونت در همسر یا وجود زمینه مستعد کننده در فرد مانند دیابت، نقص ایمنی، شرایط محیط کار و ... ایجاد می شود. در برخی موارد عفونتهای آمیزشی در مردان با علائم ادراری یا علائم پوستی تظاهر پیدا می کنند. همچنین بسیاری از موارد عفونتهای آمیزشی مهم مانند کلامیدیا در مردان بدون علامت است. در هر حال شناسایی مشکل هم از نظر درمان مراجعه کننده و هم از نظر درمان همسر وی ارزشمند می باشد، ضمن آنکه در بسیاری از عفونتهای آمیزشی و مشترک در زنان نیاز به درمان مشترک زوجین وجود دارد، حتی اگر زوج طرف مقابل علامت دار نشده باشد.

در معرض خطر عفونت آمیزشی: با رعایت احترام و شرایط فرهنگی واجتماعی و رعایت موازین اخلاقی و مذهبی و حریم خصوصی مراجعه کننده وجود عفونت در شریک جنسی، تعدد شرکای جنسی، مسافرت به مناطق پرخطر، سابقه زندان یا اعتیاد بویژه اعتیاد تزریقی را مورد توجه قرار داده و برای پیشگیری از عفونتهای آمیزشی توصیه های لازم ارائه گردد.

ناباروری: به طور کلی منظور از ناباروری این است که یک زوج به مدت یک سال نزدیکی "محافظت نشده" داشته باشد و حاملگی حاصل نشود که شامل ناباروری اولیه (بیماران بدون سابقه حاملگی) و ناباروری ثانویه (زوج هایی که ناباروری را پس از حاملگی های قبلی تجربه می نمایند) می باشد. در صورت وجود ناباروری اولیه یا ثانویه بودن آن در خانه مربوطه ثبت می شود و آموزشهای لازم ارائه می گردد.

اختلال در رابطه زناشویی: با رعایت حریم خصوصی، احترام به مراجعه کننده و رعایت موازین فرهنگی، اخلاقی و مذهبی از وی در خصوص رضایت از روابط عاطفی با همسر، روابط زناشویی و جنسی سوال شده و در صورت وجود مشکل در ستون بلی نوع مشکل ثبت گردد. روابط بین فردی مناسب پایه روابط زناشویی و جنسی رضایتمندانه است و مانع از بروز خشونت خانگی می گردد.

اختلال در روابط جنسی ممکن است مرتبط با وجود بیماری زمینه ای، مصرف داروها، اختلال چرخه جنسی و مشکلات اورژنیتال بوده و به یکی از زوجین یا هر دو ارتباط داشته باشد.

سایر..... هیپرتروفی پروستات، واریکوسل، هیدروسل، اרקیت، وجود توده و هرگونه مشکل دیگر در بیضه ها، و سایر بیماریها و مشکلات تشخیص داده شده در فرد در بررسی سوابق و شرح حال یا در معاینات مشخص و در خانه سایر ثبت می گردد.

شرح حال و سوابق پزشکی:

تکمیل این بخش توسط پزشک صورت می‌گیرد. در صورتی که مراجعه کننده به پایگاه بهداشتی/ پایگاه سلامت یا خانه بهداشت مراجعه نموده که پزشک در آن مستقر نیست، بخش شرح حال و سوابق و علائم بیماری را به‌روز یا کارشناس مراقب سلامت دوره دیده تحت نظارت پزشک می‌تواند تکمیل نماید. همچنین در هر حالت اندازه‌گیری اولیه فشارخون به عهده به‌روز و مراقب سلامت بوده و پزشک در صورت وجود شرح حال و سوابق خاص یا وجود علائم بیماری یا مثبت بودن تستهای غربالگری یا بالابودن فشارخون مراجعه کننده بررسی لازم را انجام می‌دهد.

روشن است که پس از برقراری ارتباط اولیه با مراجعه کننده و توضیح اقدامات مورد نیاز، برای پیشگیری از دوباره کاری و سوالات مکرر از وی، لازم است ابتدا پزشک بخشهای مختلف فرم را که توسط سایر اعضای تیم سلامت تکمیل شده است بررسی نموده و از اطلاعات آن برای بررسی وضعیت سلامت فرد و تصمیم‌گیری برای مداخلات لازم استفاده نماید.

۶- شرح حال و سوابق پزشکی		
۱-۶ شکایت/ بیماری	ندارد	دارد
کنونی	نوع شکایت/ بیماری مدت ابتلا..... وضعیت فعلی.....	

در خصوص شکایت یا بیماری فعلی مراجعه کننده از وی سوال شده و چنانچه بیماری و یا مشکل خاصی در حال حاضر دارد، نوع شکایت یا بیماری و مدت ابتلا و وضعیت فعلی مراجعه کننده از نظر کنترل یا عدم کنترل مورد ذکر شده بررسی و در محل مربوطه درج گردد. روشن است که شکایت یا مشکل اصلی مراجعه کننده در حین انجام معاینات و اقدامات باید مورد توجه ویژه قرار گرفته و اقدام لازم برای درمان یا ارجاع مناسب صورت گیرد.

سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری/عامل خطر و مصرف دارو: در قسمت بعدی سوابق یا ابتلای فعلی به بیماری ها یا عوامل خطر مهم در فرد مراجعه کننده و یا بستگان وی سوال می‌شود. ترجیحا برای ثبت سوابق و شرح حال کنونی فردی بر اساس مستندات (پرونده پزشکی، آزمایشات یا داروی مصرفی و...) عمل شده و اظهارات فرد به تنهایی ملاک تشخیص قرار نمی‌گیرد، مگر آنکه پزشک شخصا بتواند در بررسی سوابق بدون اتکا به مستندات نتیجه‌گیری نموده و نتیجه را در پرونده ثبت نماید، یا سخنان مراجعه کننده از نظر پزشک معتبر باشد.

۷-۲ سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری/عامل خطر مصرف دارو: در صورت ابتلای فرد به یک بیماری نیازی به بررسی همان بیماری در بستگان او نیست، اما ممکن است تشکیل پرونده بستگان ضروری باشد.							
نام بیماری / عامل خطر	فرد(نوع)	نوع داروی مصرفی	بستگان	نام بیماری / عامل خطر	فرد(نوع)	نوع داروی مصرفی	بستگان
بیماری قلبی عروقی				بیماری‌های تیروئید			
سکته مغزی، سکته قلبی				افسردگی، اضطراب، سایکوز و.....			
فشار خون بالا				نورو لوژیک (صرع،.....)			
دیابت / دیابت بارداری				مزمن واگیر (هیپاتیت، ایدز، سل،.....)			
اختلال چربی خون				کلیوی (سنگ/ نارسایی/ عفونت)			
استئوپروز				بیماری گوارشی			
آرتروز				بیماریها و اختلالات ژنتیک			
بیماری تنفسی				سرطان			
کم خونی				سایر بیماری‌ها / عوامل خطر/ داروها			
اختلالات انعقادی				سابقه بستری، جراحی (علت)			

چنانچه فرد دارای سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری مورد سوال بود، در ستون "فرد" نوع بیماری وی نوشته می‌شود و در صورتی که سابقه بیماری در بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر) مراجعه کننده وجود داشت، نوع بیماری در ستون "بستگان" وارد گردد.

بیماری قلبی عروقی: مهمترین مواردی که باید مورد سوال قرار گیرد، عبارت است از: سابقه سکت قلبی، سکت مغزی، تنگی یا انسداد عروق قلبی و بیماری عروق محیطی در فرد یا بیماری عروقی قلبی در پدر یا برادر قبل از ۴۵ سال، بیماری قلبی عروقی در مادر یا خواهر قبل از ۵۵ سال. همچنین وجود نارسایی قلبی، انواع بیماری‌های دریچه‌ای قلبی مورد سوال قرار گرفته و چنانچه پاسخ مراجعه کننده مثبت و مستند بود، یعنی مدرکی دال بر وجود بیماری و یا سابقه آن ارائه داد، در خانه "دارد" نوع آن درج گردد.

سکت قلبی، سکت مغزی: در صورتی که مدارکی دال بر سکت قلبی یا سکت مغزی در مراجعه کننده وجود داشته باشد و یا در اقوام درجه یک سابقه سکت قلبی یا مغزی ذکر می نماید در محل مربوطه ثبت گردد.

دیابت: از مراجعه کننده در خصوص ابتلا به دیابت در فرد و بستگان درجه یک وی سوال شود. چنانچه پاسخ مثبت بود، در محل مربوطه درج شود. همچنین در صورت وجود سابقه دیابت بارداری در زنان مراجعه کننده در همین خانه نوع آن (دیابت بارداری) ثبت شود.

همچنین فشارخون بالا و دیس لیپیدمی به عنوان عوامل خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی بر اساس مستندات مانند آزمایشات، داروهای مصرفی یا تشخیص پزشک مورد سوال قرار گرفته و پاسخ در محل مربوطه ثبت شود.

استئوپروز: در صورت وجود مستندات مانند دانسیتومتری با نظر پزشک برای استئوپروز، نتیجه در خانه مربوطه ثبت شود. در صورتی که مستندی برای ابتلا به استئوپروز وجود ندارد، به علائمی مانند کیفوز، کوتاه شدن قد، شکستگی بدون تروما در فرد و بستگان وی توجه و سوال نموده و پاسخ ثبت شود. همچنین عوامل خطر ابتلا به استئوپروز که برابر با ابتلا به استئوپروز است مانند مصرف کورتیکواستروئید به مدت بیشتر از سه ماه، داروی ضد انعقاد (هیپارین) به مدت طولانی، داروی ضد صرع (فنی توئین و فنو باربیتال) را مورد توجه قرار داده و ثبت نمایید.

سایر عوامل خطر در بخشهای دیگر فرم، ثبت می شود. برای نتیجه گیری در خصوص عوامل خطر استئوپروز، سایر عوامل خطر مانند یائسگی و آمنوره (کمبود استروژن، یائسگی زودرس، آمنوره طولانی مدت قبل از یائسگی) را در بخش سلامت باروری زنان، و کمبود دریافت کلسیم و ویتامین د و فعالیت جسمانی ناکافی را در بخش شیوه زندگی زنان و مردان مورد توجه قرار دهید.

آرتروز: در باره بیماری‌های استخوان و مفاصل و سابقه آن بویژه آرتروز و کمردرد در مراجعه کننده سوال و نتیجه را ثبت نمایید. چنانچه مستندی دال بر وجود آرتروز مانند تصویر مفاصل مبتلا را دارد و یا داروهای ضد التهابی مصرف می نماید، به عنوان آرتروز ثبت کنید.

بیماری‌های تنفسی: در خصوص ابتلا به بیماری‌های تنفسی اعم از آسم، آلرژی و COPD (برونشیت مزمن و آمفیزم) در فرد یا بستگان درجه یک سوال و نتیجه ثبت شود.

کم خونی: آنمی فقر آهن، شایع ترین کمبود تغذیه‌ای در زنان ۵۹-۳۰ سال است. از زنان مراجعه کننده در خصوص سابقه کم خونی و نوع آن سوال شود. در صورت پاسخ بلی، در خانه مربوطه نوع آن نوشته شود.

سایر کمبودهای تغذیه‌ای نیز در صورت اظهار نظر فرد و بر اساس مستندات موجود در قسمت "سایر بیماریها و عوامل خطر" درج گردد.

اختلالات انعقادی: از مراجعه کننده در خصوص سابقه ترومبوز و موبامبولی در هنگام بارداری و یا داشتن اختلالات خونریزی دهنده سوال شود و در صورت پاسخ مثبت ثبت گردد.

بیماری های تیروئید: در خصوص سابقه بیماری تیروئید در مراجعه کننده سوال شده و در صورت وجود بیماری غده تیروئید (کم کاری تیروئید، پرکاری تیروئید، گواتر، توده های تیروئید) بر اساس مستندات موجود در قسمت مربوطه نوع آن ثبت شود.

افسردگی، اضطراب، سایکوز و.....: در خصوص سابقه بیماری های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، سابقه بیماری های روانی) در فرد یا بستگان وی سوال شود. در صورت پاسخ مثبت نوع آن ثبت گردد.

نورو لوژیک (صرع،.....): در مورد ابتلا به بیماری های نورولوژیک مانند صرع، ام اس و سایر بیماریهای سیستم عصبی از مراجعه کننده سوال شود و در صورت پاسخ مستند ثبت گردد.

بیماری های مزمن واگیر: در خصوص ابتلا به بیماری های واگیر دار و مزمن مانند ایدز، هپاتیت، سل، تب مالت در فرد یا بستگان سوال و نتیجه ثبت شود.

کلیوی (سنگ/ عفونت ادراری،.....): سابقه وجود یا عدم وجود بیماریهای کلیوی و مجاری ادرار مانند بی اختیاری ادراری، عفونت ادراری، انواع سنگهای کلیه، نارسایی مزمن یا حاد در فرد یا بستگان وی سوال و نتیجه ثبت شود.

بیماری یا اختلال ژنتیک: در این قسمت از مراجعه کننده در خصوص داشتن بیماری ژنتیک مانند تالاسمی ماژور، در فرد یا خانواده اش سوال گردد و در صورت پاسخ مثبت در محل مربوطه درج گردد.

سرطان ها: در باره سابقه یا ابتلا به انواع سرطان ها در فرد یا بستگان درجه یک سوال شود و در صورتی که این سابقه وجود دارد، نوع آن در خانه مربوطه درج گردد: انواع سرطان های شایع در زنان ۵۹-۳۰ سال عبارتند از: سرطان پوست، سرطان ریه، سرطان معده، سرطان روده بزرگ، سرطان پستان و سرطان دهانه رحم. انواع سرطان های شایع در مردان ۵۹-۳۰ سال عبارتند از: سرطان پوست، سرطان ریه، سرطان معده، سرطان روده بزرگ، سرطان پروستات.

سایر بیماریها و عوامل خطر: چنانچه مراجعه کننده به غیر از موارد یاد شده در این جدول مورد دیگری را مانند سوابق گوارشی، نورولوژیک، مشکلات دهان و دندان، مشکلات بینایی و شنوایی و... را ذکر نمود، در محل مربوطه با ذکر نوع درج گردد.

سابقه بستری و جراحی: در صورتی که مراجعه کننده به هر دلیل تحت عمل جراحی یا بستری قرار گرفته است، نوع و علت آن در ستون مربوط به فرد نوشته شود. وجود سابقه جراحی رحم یا تخمدانها از جهت ایجاد یائسگی مصنوعی بسیار مهم است و در پرسش از مراجعه کننده به این مسئله اهمیت ویژه داده شود. همچنین درمان جراحی انواع سرطانها مد نظر قرار گیرد.

مصرف دارو و مکمل: وضعیت فعلی مصرف دارو توسط مراجعه کننده در ستون نوع داروی مصرفی ثبت می شود. بهتر است برای ثبت نوع داروهای مصرفی فرد از مستندات معتبر مانند نسخه پزشک، داروهای که مراجعه کننده همراه خود آورده است، استفاده شود. در صورتی که مراجعه کننده برای بیماری های مورد سوال در حال حاضر دارویی مصرف می نماید، در ستون "نوع داروی مصرفی" نوع دارو نوشته شود.

داروهای که در بیماری های مزمن مانند فشار خون بالا، دیابت، دیس لیپیدمی و..... یا درمان بیماریهای اعصاب و روان مصرف می شوند یا کورتیکواستروئیدها که بیمار تحت عنوان کورتون مصرف می کند، با ذکر نوع دارو در خانه مربوطه ثبت شود.

همچنین از مراجعه کننده در خصوص مصرف سایر داروهای که در حال حاضر مصرف می کند و مصرف آن را حداقل از یک ماه قبل شروع کرده است، سوال شود و در ردیف سایر بیماریها / سایر عوامل خطر/ سایر داروها نوع دارو و دلیل مصرف یا بیماری مربوط به آن ثبت گردد.

علاوه بر دارو انواع مکمل که فرد برای درمان بیماری مورد استفاده قرار می دهد ، در همین ستون و در ردیف بیماری مربوطه یا ردیف سایر ثبت گردد.

انواع مکمل مصرفی که فرد ممکن است برای درمان بیماری یا شرایط خاص مورد استفاده قرار می دهد مانند گلوکز آمین، کندروئیتین سولفات، مکمل کلسیم و ویتامین د و..... در ردیف مربوط به همان بیماری ثبت گردد.

در صورتی که مراجعه کننده مکمل مصرفی را تحت عنوان داروی تقویتی یا عناوین دیگر بدن ارتباط با بیماری خاص مصرف می کند (انواع ویتامین ها و املاح با عناوین ژنریک یا تجاری مختلف به صورت خوراکی یا تزریقی)، همچنین سایر مکمل ها مانند انواع مکملهای ورزشی، مکملهای لاغر یا چاق کننده، پودرهای پروتئینی، جنسینگ، مکمل سویا در زنان ، امگا و ... در ردیف سایر بیماریها /عوامل خطر/ داروها و در ستون دارو درج شود. در صورتی که مصرف داروهای فوق به علت بیماری خاصی نیست، در خانه مربوط به ستون بیماری خط تیره (-) گذاشته شود.

در کلیه موارد در صورتی که مشکلی وجود نداشته است خط تیره ثبت شود.

علائم بیماری های جسمی و روانی:

این قسمت نیز با مسئولیت پزشک تیم تکمیل می شود و جهت ارزیابی علائم کلیدی یا غربال کننده بیماری هاست. چنانچه پاسخ برای علامت پرسش شده بلی بود، در ستون " دارد " و در غیر اینصورت در ستون " ندارد" علامت زده و نوع علامت ثبت می شود. بدیهی است در صورتی که فرد یکی از این علائم کلیدی را دارا بود، جهت بررسی بیشتر سایر علائم یا نشانه ها بر اساس پروتکل‌های مربوطه اقدام خواهد شد.

۸- علائم بیماری های جسمی و روانی					
علائم	ندارد	دارد (نوع)	علائم	ندارد	دارد (نوع)
درد/ احساس فشار در قفسه سینه			تب، لرز، تعریق ، بی‌اشتهایی بیش از دو هفته		
تنگی نفس (در فعالیت/ استراحت)			ضعف، بی‌حالی، خستگی زودرس یا مداوم / شکایات جسمی متعدد بدون علت واضح		
سرفه دو هفته و بیش‌تر/ خلط مداوم/ خس خس مکرر و عودکننده سینه			اختلال خواب		
شکایت اداری (تکرر، سوزش، بی‌اختیاری ادرار، پرنج شدن ادرار)			دیسترس روانشناختی (بر اساس آزمون K6)		
تغییر رنگ یا شکل ضایعات پوستی قبلی یا ایجاد ضایعات جدید بدون بهبودی			افکار خودکشی (در فرد دارای سابقه اختلال روانی یا K6 مثبت)		
دردهای عضلانی، استخوانی و مفصلی/ کمر درد			سایر علائم روانی.....		
درد شکم/ مشکل اجابت مزاج یا بلع/ مدفوع خونی یا تیره/ سایر مشکلات گوارشی (یک ماه و بیشتر)			سایر علائم جسمی.....		

درد / احساس فشار در قفسه سینه: درد قفسه صدی یک شکایت شایع است که در غالب موارد غیر قلبی و در یک سوم موارد ناشی از بیماری ایسکمیک قلب می باشد. اگر پاسخ به وجود درد در قفسه صدی مثبت بود، سوالات دیگر برای رد کردن درد قلبی پرسیده می شود. این سوالات شامل نوع درد، محل دقیق درد، محل انتشار درد و همراهی درد با فعالیت یا استراحت است. درد ایسکمی میو کارد معمولاً به صورت فشار، سنگینی و گرفتگی و گاهی سوزش و درد مبهم در قسمت مرکزی قفسه سینه احساس می شود. محل معمول درد پشت جناغ سینه است و ممکن است به گردن، فک، دندانها، شانه ها و بازوها انتشار یابد. بعضی بیماران از درد ناحیه اپیگاستر نیز شکایت دارند.

درد ایسکمی میو کارد بیش از ۲ دقیقه (۱۰-۲ دقیقه) طول می کشد. وجود علائم همراه مانند تهوع، تعریق، ضربان نامنظم قلب، افت هوشیاری و سبکی سر احتمال منشا ایسکمی قلب را بیشتر می کند. درد معمولاً به دنبال فعالیت، تماس با سرما، فشار روحی و روانی یا پس از مصرف غذای سنگین ایجاد و با استراحت یا مصرف TNG بهبود می یابد.

تنگی نفس (در فعالیت/ استراحت): در خصوص وجود تنگی نفس، نوع آن (در فعالیت یا در استراحت) از فرد سوال شود. تنگی نفس نیز از علامات شایع بیماری های قلبی و ریوی می تواند باشد و در صورت وجود این علامت باید بررسی لازم یا ارجاع صورت گیرد. سرفه دو هفته و بیشتر/ خلط مداوم/ خس خس مکرر و عود کننده سینه: از مراجعه کننده در خصوص وجود علائم ریوی شامل سرفه، خلط و خس خس در حال حاضر سوال می شود. سرفه از علائم بیماری هایی مثل آسم، عفونت ریوی از جمله سل، بیماری مزمن انسدادی ریوی، بیماری های قلبی، آلرژی ها می تواند باشد. در صورتی که مراجعه کننده، سرفه بیش از دوهفته داشت، در ستون "دارد" علامت زده و برای بررسی بیماریهای ریوی اقدام لازم صورت می گیرد. وجود خلط احتمال بیماریهای مزمن ریوی را افزایش می دهد. همچنین وجود خس خس احتمال وجود آسم و آلرژی را افزایش می دهد. در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات فوق بررسی بیشتر ضرورت دارد.

ضایعات پوستی: سرطان های پوستی یکی از شایع ترین سرطان ها در سنین بزرگسالی است. از مراجعه کننده در خصوص وجود هر گونه ضایعات پوستی تغییر یافته از نظر شکل و رنگ یا ضایعات جدید پوستی بدون بهبودی سوال شده و در صورت پاسخ مثبت در محل مربوطه ثبت می گردد.

شکایت ادراری: از مراجعه کننده در خصوص داشتن نشانه هایی مانند تکرر ادرار، سوزش ادرار، بی اختیاری ادراری، احتباس ادرار، پررنگ شدن ادرار یا هر شکایت دیگر ادراری که دارد، سوال شود و در صورت وجود یکی از این علائم در قسمت مربوطه ثبت شود. دردهای عضلانی، استخوانی و مفصلی/ کمردرد: در صورت وجود کمردرد، درد مفاصل یا تورم آنها، همچنین محدودیت حرکت از مراجعه کننده سوال شده و در صورتی که پاسخ مثبت بود، در قسمت مربوطه علامت زده شود و برای بررسی اختصاصی تر اقدام شود. درد شکم/ مشکل اجابت مزاج یا بلع/ مدفوع خونی یا تیره/ سایر مشکلات گوارشی (یک ماه و بیشتر): از مراجعه کننده در خصوص وجود درد در ناحیه شکم (اپی گاستر)، یبوست یا اسهال، احساس نفخ، مدفوع خونی یا تیره رنگ و یا سایر علائم سیستم گوارشی سوال گردد. در صورتی که علائم ابراز شده در مراجعه کننده بیش از یک ماه وجود داشته، در ستون دارد نوع آن نوشته شده و توصیه های لازم انجام شود.

تب و لرز و بی اشتهایی: این علائم میتواند از نشانه های بیماری های عفونی مزمن یا حاد باشد. در صورت پاسخ مثبت، با توجه به سایر علامات تشخیص نهایی مشخص و اقدامات لازم انجام شود.

ضعف، بیحالی، خستگی زودرس یا مداوم / شکایات جسمی متعدد: از بیمار سوال شود که آیا به طور کلی ناخوش احوال هست یا نه مثلاً ضعف، بیحالی، خستگی زودرس یا مداوم دارد یا خیر؟ این علائم می تواند از علائم همراه بسیاری از بیماری های جسمی یا روانی باشد مانند: بیماری های قلبی و عروقی (نارسایی قلبی)، کم خونی ها و یا سایر کمبود های تغذیه ای، بیماری های روان مانند افسردگی، سرطان ها و ... لذا چنانچه پاسخ مثبت بود، نوع مشکل در خانه مربوطه درج شده و با توجه به سایر علائم یا نشانه ها و بررسی های پاراکلینیک تشخیص نهایی داده و سایر اقدامات انجام شود.

شکایات و علائمی از قبیل عدم احساس خوب بودن همراه با علائم جسمانی خاصی از قبیل سردردهای مبهم، دردهای عضلانی پراکنده و درد اندامها، احساس مداوم خستگی و... در این گروه قرار می گیرند که ممکن است ناشی از یک مشکل جسمی یا روانی باشد و نیاز به بررسی دارند.

اختلال خواب: به صورت اشکال در به خواب رفتن، بیدار شدن مکرر شبانه، بیدار شدن در ساعات اولیه صبح و مشکل در به خواب رفتن مجدد، احساس خستگی و کسلی و نبودن نشاط یا خواب غیر موثر علیرغم ساعات خواب کافی که با عناوینی مانند بیخوابی، کم خوابی، پر خوابی، خواب غیر موثر، گسستگی خواب، دیر به خواب رفتن، سخت از خواب برخاستن و توصیف می شوند و می تواند نشانه ای از بیماری جسمی یا روانی بوده و به علل مختلف طبیی مانند درد، مشکل ادراری، قلبی، تنفسی، نورولوژیک، وازوموتور و ... یا مصرف مواد، قهوه، چای و سایر محرکها مانند الکل و داروهای محرک یا علل روانی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر اختلالات سایکوتیک ایجاد می شود.

اختلالات روانی: باتوجه به نتیجه آزمون کسلر یا سابقه اختلالات روانی موارد اورژانس روانپزشکی (افکار خود کشی) بررسی شده و برای تشخیص بیماری بر اساس پروتکل مربوطه اقدام می گردد .

سایر علائم جسمی و روانی: پس از پرسیدن سوالات بالا از مراجعه کننده، در خصوص وجود علائم دیگری که در این سوالات نیامده است، مانند مشکلات دندانها، علائم نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.... پرسش شده و مورد اعلام شده در محل سایر نوشته شود.

۸- معاینات					
غیرطبیعی	طبیعی	نوع معاینه	غیرطبیعی	طبیعی	نوع معاینه/ اندازه گیری
		سمع قلب			وضعیت ظاهری (روان)
		سمع ریه			وضعیت ظاهری (جسم)
		لمس تیروئید			فشار خون (mmHg)
		سایر معاینات تکمیلی در صورت لزوم (اسکلتی عضلانی، غددلنفاوی، شکم، پوست و.....)			سایر اندازه گیری های تکمیلی در صورت لزوم.....

معاینات: معاینات عمومی توسط پزشک انجام می شود. این معاینات شامل موارد زیر می باشند:

وضعیت ظاهری فرد از نظر روانپزشکی: آراستگی یا ژولیده بودن، برقراری ارتباط چشمی و کلامی، سرعت یا کندی فعالیت حرکتی، روانی و وجود حرکات غیر طبیعی مورد توجه قرار گیرد. پرخاشگری و تحریک پذیری، خلق افسرده، سرخوشی، اضطراب، فرم تفکر (هدفمند، حاشیه پردازی، پرش افکار، بیربطی کلام و ...)، وضعیت تکلم (تند، کند، نامفهوم، پرفشار و محتوای آن (هذیان، وسواس، فکر خودکشی، هذیان گزند و آسیب، هذیان بزرگ منشی)، ادراک (توهم بینایی یا شنوایی، هذیانهای شایع)، نظام حسی (سطح هوشیاری، جهت یابی، تمرکز و...)، وضعیت جهت یابی، وضعیت تمرکز در حد امکان بررسی و در صورت وجود مورد مثبت، در خانه مربوطه با ذکر نوع علامت ثبت گردد.

وضعیت جسمی ظاهری فرد: آنچه را که در نظر اول از ظاهر عمومی مراجعه کننده می توان بدست آورد، شاید کلید و راهنمای تشخیصی بسیاری از بیماری ها باشد. در ظاهر عمومی فرد به موارد زیر توجه شود: رنگ پوست، برافروختگی صورت، هیرسوتیسم، معلولیت، دفور میتی (تغییر شکل اندام) و... در قسمت وضعیت عمومی با ذکر نوع ثبت شود.

فشار خون مراجعه کننده اندازه گیری و در محل مخصوص درج شود: برای سهولت در حالت نشسته فشار خون در دست راست اندازه گیری شود. فشار خون طبیعی، فشار سیستول کمتر از ۱۲۰ یا فشار دیاستول کمتر از ۸۰ است. در صورتی که میزان فشار خون بیش از مقادیر یاد شده بود در خانه غیر طبیعی درج می گردد. چنانچه فشارخون مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ بود، مجدداً پس از ۲ تا ۵ دقیقه

در همان دست راست اندازه گیری گردد. در صورتی که میانگین دو فشار خون مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ بود، به عنوان فشارخون بالا (غیر طبیعی) ثبت شود. افزایش فشارخون سیستولیک یا دیاستولیک یا هر دو غیر طبیعی محسوب می شود.

(فشارخون طبیعی = فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰، پره هایپر تنشن = سیستول بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ و دیاستول بین ۸۰ تا ۸۹، فشار خون بالا = سیستول ۱۴۰ و بالاتر و دیاستول ۹۰ و بالاتر)

همچنین سایر اندازه گیری ها مانند تعداد نبض و ریتم آن، تعداد تنفس، درجه حرارت و... در صورتی که پزشک لازم بداند، انجام و در خانه مربوطه ثبت گردد.

سمع قلب و ریه: این قسمت پس از معاینه پزشک تکمیل می گردد: اگر معاینه قلب از نظر وجود صدای اضافی یا غیر طبیعی بررسی گردید و مورد غیر طبیعی وجود داشت، درج گردد.

لمس تیروئید: از نظر بزرگی و وجود یا عدم وجود ندول بررسی و نتیجه آن در محل مخصوص درج شود.

سایر معاینات تکمیلی در صورت لزوم (اسکلتی عضلانی، غدد لنفاوی، شکم، پوست و...): سایر معاینات تکمیلی مانند معاینه شکم، معاینه عصبی، معاینه اسکلتی عضلانی، پوست، غدد لنفاوی و... نیز بر اساس شرح حال مراجعه کننده در صورتی که پزشک ضروری بداند، انجام و نتیجه آن با ذکر مورد معاینه در خانه مربوطه به شرح زیر ثبت می شود:

معاینه شکم: در معاینه شکم به اندازه اعضای شکمی مانند کبد و طحال، همچنین وجود توده در شکم توجه شود و در صورت وجود علامت غیر طبیعی در خانه مخصوص نوع آن را درج نمایید.

معاینه اسکلتی عضلانی: وجود یا عدم وجود کیفوز، وضعیت راه رفتن مراجعه کننده و انحراف محوری بدن معلولیت و دفورمیتی، شلی یا هر گونه لنگش بررسی و وضعیت مفاصل در معاینه از نظر تورم، قرمزی، دردناکی، کریپیتاسیون و محدودیت دامنه حرکتی بررسی و در صورت وجود مورد غیر طبیعی در محل مربوطه درج شود.

معاینه غدد لنفاوی: برای بررسی لنف نود باید به مکان لنف نود، اندازه، تعداد، متحرک یا غیر متحرک بودن، قوام، تورم و قرمزی توجه نمود. از نظر قوام (سفت یا نرم)، لنف نود(متحرک یا دارای چسبندگی به بافت های زیری) در صورت وجود لنف نود در معاینه موارد اشاره شده مورد بررسی قرار گرفته و در قسمت مخصوص نوع و محل آن ذکر شود.

معاینه ضایعه پوستی: در صورت اظهار به وجود ضایعه از نظر تغییرات ظاهری، نامتقارن بودن لبه های ضایعه، رنگ، قطر و برآمدگی ضایعات انجام گردد.

همچنین هر نوع معاینه لازم دیگر به صلاحدید پزشک انجام و نتیجه آن در ستون طبیعی یا غیر طبیعی با ذکر نوع ثبت گردد.

۹- آزمایش ها								
۹-۱) آزمایش های عمومی (مقادیر در خانه مربوطه نوشته شود)								
تاریخ درخواست			تاریخ انجام					
نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی
Hb/Hct			LDL			کلسترول کل		
FBS			HDL			تری گلیسرید		
۹-۲) پاراکلینیک تکمیلی در صورت لزوم (مقادیر در خانه مربوطه نوشته شود)								
تاریخ درخواست			تاریخ انجام					
خون/ادرار/مدفوع	طبیعی	غیر طبیعی	تصویر برداری	طبیعی	غیر طبیعی	خون/ادرار/مدفوع	طبیعی	غیر طبیعی

آزمایش ها :

آزمایش‌های عمومی: از مراجعه کننده در مورد آخرین باری که آزمایش خون انجام داده است، سوال شده و در صورتی که پاسخ آزمایش را با خود نیاورده است از او خواسته شود که با پاسخ آزمایش قبلی مراجعه نماید. اگر تا سه سال قبل هیچ آزمایشی انجام نداده، آزمایش‌های روتین شامل Hb، Hct، قند ناشتا، کلسترول، تری گلیسرید، LDL، HDL برای همه زنان و مردان در خواست گردد. پس از ارائه پاسخ، نتیجه در محل مخصوص در فرم درج گردد.

مقادیر زیر، مقادیر طبیعی برای افراد سالم و فاقد عامل خطر می باشد. که مقادیر آن در خانه طبیعی درج می گردد:

- کلسترول تام طبیعی = کمتر از ۲۰۰، ال دی ال طبیعی = کمتر از ۱۶۰، اچ دی ال طبیعی در زنان = ۵۰ و بیشتر، اچ دی ال

طبیعی برای مردان = ۴۰ و بیشتر، تری گلیسرید طبیعی کمتر از ۱۵۰

- قند خون طبیعی = قندخون ناشتا کمتر از ۱۰۰

- Hb طبیعی در زنان = بین ۱۲ و ۱۶، Hct طبیعی در زنان = بین ۳۶ و ۴۷

- Hb طبیعی در مردان = بین ۱۴ و ۱۷، Hct طبیعی در مردان = بین ۴۲ و ۴۸

مقادیر زیر به عنوان مقادیر غیر طبیعی در خانه غیر طبیعی با درج مقدار ثبت گردد:

- مقدار هموگلوبین کمتر از ۱۲ برای زنان و کمتر از ۱۴ برای مردان و Hct کمتر از ۳۶ برای زنان و کمتر از ۴۲ برای مردان در خانه غیر طبیعی ثبت می شود.

- مقدار FBS مساوی یا بیشتر از ۱۰۰ در خانه غیر طبیعی ثبت می شود و شامل اختلال قند خون ناشتا = قند خون ناشتا مساوی

یا بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۲۶، دیابت = دو نوبت قند پلاسمای ناشتا ۱۲۶ و بیشتر می باشد.

- مقادیر زیر مقادیر غیر طبیعی چربیهای خون است که در خانه غیر طبیعی آزمایشها درج می شود:

تری گلیسرید مساوی یا بیش از ۱۵۰

کلسترول مساوی یا بیش از ۲۰۰

HDL در مردان کمتر از ۴۰ و در زنان کمتر از ۵۰،

LDL در افراد بدون عامل خطر یا دارای یک عامل خطر به غیر از دیابت مساوی و یا بیش از ۱۶۰

LDL در افراد دارای ۲ عامل خطر مساوی یا بیشتر از ۱۳۰

LDL در افراد دارای سابقه بیماری قلبی عروقی و یا مبتلا به دیابت مساوی و یا بیشتر از ۱۰۰

در صورت قند خون ناشتای بالاتر از ۱۲۶ یک بار دیگر آزمایش قند خون ناشتا با فاصله چند روز تا ۲ هفته بعد تکرار شده و در صورت بالا بودن مجدد نتیجه آزمایش فرد به عنوان بیمار دیابتی مورد بررسی تکمیلی و اقدام لازم قرار می گیرد. در صورتی که مراجعه کننده مشکل خاصی ندارد و در طول سه سال قبل آزمایش‌های فوق برای او انجام شده، پاسخ آن مورد تایید بوده و می توان بدون انجام مجدد آزمایش نتایج آزمایش‌های مذکور را در محل مربوطه ثبت کرده در این صورت انجام دور بعدی آزمایشها برای مراجعه کننده کمتر از سه سال خواهد بود. در صورتی که در اولین ارزیابی پایه سلامت، مشخص شد که مراجعه کننده از سه سال قبل تا کنون هیچ آزمایشی انجام نداده، یا علیرغم انجام آزمایش در فاصله سه سال اخیر، به دلیل قابل قبول پزشکی مانند مشکل یا عامل خطر خاص جدید یا وجود مشکلی در آزمایش قبلی نیاز به بررسی مجدد وجود داشته باشد، آزمایش عمومی و روتین برای وی در خواست شده و نتیجه آن ثبت می گردد. در هر صورتی که آزمایش را درخواست می کنید، تاریخ درخواست آزمایش را در محل مربوطه در جدول آزمایشها بنویسید. همچنین تاریخ انجام آزمایش را هنگام ثبت نتایج در همان ردیف یادداشت نمایید. انجام آزمایش برای مراقبت افراد بیمار برابر پروتکل مراقبت ممتد بیماری مربوطه صورت می گیرد.

پاراکلینیک تکمیلی و اختصاصی: چنانچه در سیر ارزیابی پزشک، مراجعه کننده به عللی مانند احتمال ابتلا به بیماری یا وجود عامل خطر در شرح حال فردی و خانوادگی و..... بررسی پاراکلینیک خاصی مانند تست حاملگی، آزمایش ادرار (ساده، کشت ادرار)، خون (LFT، TFT و...)، آزمایش قند خون مجدد در فرد پره دیابتی، انواع تصویر برداری (سونوگرافی ها، انجام دانسیتومتری استخوان، گرافی قفسه سینه یا شکم و...) آزمایش خون در مدفوع و یا سایر موارد نیاز داشت، درخواست لازم صورت گرفته و پس از دریافت پاسخ در محل مخصوص ثبت گردد. تاریخ درخواست آزمایش را در ردیف مربوطه در فرم و تاریخ انجام آزمایش را نیز در همان ردیف یادداشت نمایید. همچنین اگر در مدارک بیمار پاسخ پاراکلینیک دیگری غیر از آزمایشهای روتین وجود دارد، تاریخ انجام و پاسخها را در جدول آزمایشهای تکمیلی ثبت نمایید. همچنین در صورت تمایل فرد به بارداری، آزمایشهای پیش از بارداری را می توانید در همین بخش ثبت کنید.

توجه: در صورتی که مراجعه کننده برای بررسی هموگلوبین و هماتوکریت، CBC انجام داده، هر گونه یافته غیر طبیعی به غیر از هموگلوبین و هماتوکریت که در آزمایشهای عمومی ثبت می شود، در قسمت پاراکلینیک تکمیلی درج نمایید.

راهنمای اجرایی ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان - ویژه تیم سلامت

۱۰- تشخیص / طبقه بندی / اقدامات		
اقدامات	ق = قدیم ج = جدید	تشخیص / طبقه بندی / نتیجه ارزیابی بیمار / مشکوک / در معرض خطر / غیر طبیعی / نا مطلوب / نیاز مند اقدام (دور کد مربوطه دایره بکشید)
توضیح اقدامات: آموزش / مشاوره رفتاری، تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی، واکسن، مکمل یاری، معاینه خاص، درمان غیر دارویی / دارویی، تهیه نمونه / درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی / درمانی		تن سنجی نامطلوب : ۱. لاغری ۲. اضافه وزن ۳. چاقی ۴. چاقی شکمی
		شیوه زندگی نامطلوب : ۱. تغذیه نامطلوب (۱،۱، لبنیات، ۲، ۱، سبزی، ۳، ۱، میوه ۴، ۱، عادات غذایی نامناسب) ۲. فعالیت بدنی نامطلوب ۳. وابستگی / اختلال مصرف مواد (۱، ۳، ۱، دخانیات، ۲، ۲، ۳، ۳، آرام بخش و خواب آور ۴، ۳، مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش)
		باروری : ۱. اختلال رابطه زناشویی و جنسی ۲. ناباروری ۳. بارداری ۴. تمایل به بارداری (نیاز به مشاوره پیش از بارداری) ۵. نیاز به مشاوره شیردهی ۶. سایر
		یانسگی : ۱. یانسگی قطعی ۲. اختلال وازوموتور ۳. واژینیت اتروفیک
		موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی : ۱. عفونتهای واژینال و آمیزشی : (۱، ۱، ۱، کاندیدا ، ۲، ۱، تریکومونا ، ۳، ۱، واژینوز ، ۴، ۱، کلامیدیا ، ۵، ۱، گونوкок ، ۶، ۱، سیفلیس ، ۷، ۱، تبخال تناسلی ، ۸، ۱ ، زگیل تناسلی ، ۹، ۱ ، HIV/AIDS ، ۱۰، ۱ ، PID) ۲. خونریزی غیر طبیعی / اختلال قاعدگی ۳. شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار ۴. سایر (سروسیست ، پولیپ، فیبروم، PCO و)
		اختلالات اعصاب و روان : ۱. دیسترس روانشناختی ۲. افسردگی ۳. اضطراب منتشر / وسواس ۴. اختلال خواب ۵. سایر.....
		عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای اصلی غیر واگیر : ۱. دیابت ۲. فشارخون بالا ۳. دیس لیپیدمی ۴. در معرض خطر..... (پره دیابت ، پره هایپر تنشن، دیابت / فشارخون خانوادگی)
		بیماری قلبی عروقی : ۱. بیماری عروق کرونر / سکته قلبی ۲. بیماری عروق مغزی / سکته مغزی ۳. مشکوک به..... ۴. در معرض خطر..... ۵. سایر
		بیماری استخوانها و مفاصل : ۱. استئوپروز ۲. استئو آرتروز (آرتروز) ۳. کمردرد ۴. سایر..... ۵. در معرض خطر.....
		سرطان : ۱. پوست ۲. پستان ۳. سرویکس ۴. کولورکتال ۵. مبتلا به سایر سرطانها (.....) ۶. مشکوک به بدخیمی..... (۱، ۶ معاینه ۲، ۶ پاراکلینیک) ۷. در معرض خطر سرطان
		سایر بیماریها / عوامل خطر : ۱. آنمی فقر آهن ۲. تنفسی (آسم، COPD) ۳. عفونی مزمن (سل، هیپاتیت، ...) ۴. شغلی (۱، ۴ ، مواجهات شغلی ۲، ۴ ، بیماری شغلی) ۵. سایر موارد: (دهان و دندان ، گوارشی ، کلیوی، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.....)
		عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت : ۱. وضعیت استحکام روابط خانوادگی (زندان، طلاق، خشونت، و.....) ۲. وضعیت اقتصادی (بیکاری، اخراج، ورشکستگی، فقر، بد/خود/ بی سرپرست و..) ۳. دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت (بیمه، سازمانهای حمایتی ، و.....) ۴. عوامل عمومی و محیط زیستی (آب مصرفی، دفع فاضلاب و سایر خدمات شهری ، و.....) ۵. سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی ۶. سایر.....

تشخیص و طبقه بندی و اقدامات :

کلیه افراد ارائه دهنده خدمت (کارشناس بهداشتی، ماما، پزشک) پس از ارزیابی مراجعه کننده و تعیین نیاز به اقدامات خاص برای وی موظفند بر اساس اطلاعات بدست آمده خانه های مرتبط را در این جدول تکمیل نمایند. سپس پزشک برای تعیین تکلیف سلامت مراجعه کننده، تشخیص و اقدامات لازم خود و همکاران را که در جدول ثبت شده است، تایید نموده و مراجعه کننده را راهنمایی می کند.

ابتدا با توجه به شرح حال و معاینات و آزمایشات انجام شده و با توجه به راهنمای آموزشی مشکل فرد طبقه بندی می شود. موارد زیر بر اساس اولویتهای سلامت گروه هدف در تشخیص و طبقه بندی مورد توجه خاص قرار گرفته اند. هر تشخیص دیگری به غیر از موارد موجود در جدول بنا بر تشخیص پزشک در ردیف سایر ثبت و پیگیری می شود. در هر ردیف و برای هر یک از موارد تشخیص و طبقه بندی، با توجه به اینکه کدام مورد مشکل داشته است کد نوع، در ستون نوع، ثبت و اگر موردی وجود ندارد خط تیره گذاشته می شود. سپس اقدامات لازم شامل آموزش / مشاوره رفتاری، تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی، واکسن، مکمل یاری، معاینه خاص، درمان غیردارویی / دارویی، تهیه نمونه / درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی / درمانی در ستون اقدامات جمع بندی و ثبت می شود. مواردی که در طبقه بندی به عنوان اولویتهای سلامتی گروه سنی هدف مورد توجه قرار گرفته اند گروههای اولی از مشکلات سلامتی و یک گروه تحت عنوان "سایر" برای مواردی است که در گروههای دیگر مد نظر قرار نگرفته اند. هر یک از گروهها دارای زیر مجموعه ای از تشخیص و طبقه بندی با کد مشخص به شرح زیر می باشد:

تن سنجی نامطلوب: کد ۱- لاغری با نمایه توده بدنی ۱۸/۵ و کمتر، کد ۲- اضافه وزن که با نمایه توده بدنی ۲۵ الی ۲۹/۹ مشخص می شود، کد ۳- چاقی که با نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر مشخص می شود، کد ۴ - چاقی شکمی که در زنان با دور کمر ۸۸ یا بیشتر و در مردان با دور کمر ۱۰۲ سانتی متر و بیشتر در نظر گرفته می شود.

شیوه زندگی نامطلوب: کد ۱- تغذیه نامطلوب در بخش شیوه زندگی شامل زیرکدهای ۱،۱، ۱،۱، لبنیات، ۲،۱ سبزی، ۳،۱ میوه، ۴،۱ عادات غذایی نامناسب ، کد ۲- فعالیت جسمانی نامطلوب در بخش شیوه زندگی، کد ۳- استعمال دخانیات/ وابستگی/ اختلال مصرف مواد شامل زیر کدهای ۱،۳، ۱،۱، دخانیات ، ۲،۳ . الکل ، ۳،۳ . موادمخدر

باروری زنان : کد ۱- اختلال رابطه زناشویی و جنسی کد ۲ - ناباروری کد ۳- بارداری کد ۴ - تمایل به بارداری (نیاز به مشاوره پیش از بارداری) کد ۵- شیردهی کد ۶- سایر

یائسگی : کد ۱- یائسگی قطعی کد ۲- اختلال وازوموتور کد ۳- واژینیت اتروفیک

موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی زنان: کد ۱- عفونتهای آمیزشی : (۱،۱ . کاندیدا ، ۲،۱ . تریکومونا، ۳،۱ . واژینوز، ۴،۱ . کلامیدیا ، ۵،۱ . گونوکوک ، ۶،۱ . سیفلیس ، ۷،۱ . تبخال تناسلی ، ۸،۱ . زگیل تناسلی ، ۹،۱ . HIV/AIDS) کد ۲ - خونریزی غیر طبیعی / اختلال قاعدگی کد ۳- شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار کد ۴- سایر (PID، سرویسیت ، پولیپ، فیبروم، PCO، بیماری یا عفونت دستگاه ادراری)

باروری مردان : کد ۱- اختلال رابطه زناشویی و جنسی کد ۲ - ناباروری کد ۳- مشاوره برای فرزند آوری سالم کد ۴ - سایر

موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی مردان : کد ۱ - عفونتهای آمیزشی و مشترک بین زوجین : (۱،۱ . کاندیدا ، ۲،۱ . تریکومونا، ۳،۱ . عفونت باکتریال mix (مشترک با واژینوز در همسر)، ۴،۱ . کلامیدیا ، ۵،۱ . گونوکوک ، ۶،۱ . سیفلیس ، ۷،۱ . تبخال تناسلی ، ۸،۱ . زگیل تناسلی ، ۹،۱ . HIV/AIDS)

راهنمای اجرایی ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان - ویژه تیم سلامت

توجه: ترتیب کد گذاری عفونتهای آمیزشی مردان ، از شیوع عفونتها در زنان و تشابه کد گذاری با عفونتهای زنان تبعیت می کند. لذا با وجود اهمیت بیشتر عفونتهایی مانند کلامیدیا ، گنوره و سیفلیس در مردان در کد گذاری و طبقه بندی تشخیص عفونتهای آمیزشی بعد از کاندیدا یا عفونت باکتریال قرار گرفته اند.

- کد ۲ - بیماری دستگاه تناسلی (هیپرتروفی پروستات، هیدروسل، اרקیت، وجود توده و هرگونه مشکل دیگر در بیضه ها،.....)
- کد ۳- بیماری دستگاه ادراری (انسداد، سنگ ، عفونت، بی اختیاری و.....)

اختلالات اعصاب و روان:

- کد ۱ - دیسترس روانشناختی: امتیاز ۱۰ و بالاتر از تست کسلر
- کد ۲ - افسردگی: مورد شناخته شده و مستند افسردگی در سوابق بیماری ها که در حال درمان است (قدیم) یا موردی که در این ارزیابی دوره ای بیماری افسردگی او با تشخیص قطعی شناسایی شده است (جدید)
- کد ۳- اضطراب/ وسواس: مورد شناخته شده و مستند اضطراب منتشر در سوابق بیماری ها که در حال درمان است (قدیم) یا موردی که در این ارزیابی دوره ای بیماری او با تشخیص قطعی شناسایی شده است (جدید)
- کد ۴- اختلال خواب: دارای هر گونه اختلال خواب که به بیماری زمینه ای جسمی مربوط نبوده و بیش از دوهفته طول کشیده است،
- کد ۳- اضطراب/ وسواس: مورد شناخته شده و مستند اضطراب منتشر در سوابق بیماری ها که در حال درمان است (قدیم) یا موردی که در این ارزیابی دوره ای بیماری او با تشخیص قطعی شناسایی شده است (جدید)
- کد ۴- اختلال خواب: دارای هر گونه اختلال خواب که به بیماری زمینه ای جسمی مربوط نبوده و بیش از دوهفته طول کشیده است،
- کد ۵- سایر بیماریهای اعصاب و روان مانند سایکوز و...

بیماریهای زمینه ای غیر واگیر:

- کد ۱. دیابت : در بخش آزمایشات دارای FBS غیرطبیعی (دو نوبت قند پلاسمای ناشتا ۱۲۶ و بیشتر) یا دارای سابقه بیماری و یا عوارض آن در بخش سوابق بیماری ها
- کد ۲. فشارخون بالا : دارای فشار خون بالا (مساوی یا بیش از ۱۴۰/۹۰ یا سیستول ۱۴۰ و بالاتر و دیاستول ۹۰ و بالاتر) در بخش معاینات (پس از دو بار اندازه گیری) یا دارای سابقه بیماری فشار خون بالا در بخش سوابق بیماری ها
- کد ۳. دیس لیپیدمی: در بخش آزمایشات دارای تری گلیسرید یا کلسترول، LDL و HDL غیر طبیعی (کلسترول تام بیشتر از ۲۰۰، LDL LDL در افراد دارای سابقه قلبی عروقی و یا مبتلا به دیابت مساوی و یا بیشتر از ۱۰۰، در افراد دارای ۲ عامل خطر مساوی یا بیشتر از ۱۳۰ و در افراد دارای یک عامل خطر و یا بدون عامل خطر مساوی و یا بیشتر از ۱۶۰، HDL طبیعی کمتر از ۵۰ برای زنان و کمتر از ۴۰ برای مردان ، تری گلیسرید طبیعی بیشتر از ۱۵۰ یا دارای سابقه بیماری در بخش سوابق بیماری ها ،
- کد ۴ - در معرض خطر بیماری زمینه ای غیرواگیر به موارد زیر اختصاص داده شود:
- پره دیابتی یا اختلال قند خون ناشتا (قند خون ناشتای بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۲۶)
 - پره هایپر تنشن (سیستول بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ و دیاستول بین ۸۰ تا ۸۹)
 - ابتلای یکی از بستگان درجه یک به فشارخون بالا
 - ابتلای یکی از بستگان درجه یک به دیابت

بیماری قلبی عروقی:

- کد ۱- بیماری عروق کرونر/ سکنه قلبی : ثبت شده در بخش سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری به بیماری (قدیم) یا مورد شناسایی شده در بررسی کنونی بیماری (جدید)
- کد ۲- بیماری عروقی مغز / سکنه مغزی : ثبت شده در بخش سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری (قدیم) یا مورد شناسایی شده در بررسی کنونی بیماری (جدید)
- کد ۳- مشکوک به بیماری قلبی عروقی: دارای علامت درد قلبی، تنگی نفس، ضعف و بیحالی و خستگی یا نبض غیر عادی یا سمع قلب غیر طبیعی در بخش معاینات یا تست پاراکلینیک مشکوک (لازم است در اینگونه موارد وضعیت بیمار در اسرع وقت روشن و در صورت وجود بیماری قلبی عروقی مورد مراقبت های لازم قرار گیرد)
- کد ۴- در معرض خطر بیماری قلبی عروقی بر اساس محاسبه ریسک بیماری قلبی عروقی (محاسبه خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی در جمعیت در معرض عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی با توجه به سن، جنس، مصرف دخانیات، فشارخون بالای سیستولیک)

بیماری استخوانها و مفاصل:

- کد ۱ - استئوپروز به آن دسته از مراجعه کنندگانی اختصاص دارد که در بخش سوابق، دارای سابقه مستند استئوپروز یا عوامل خطر بیماری استئوپروز (کیفوز، کوتاه شدن قد، شکستگی بدون ضربه) هستند، یا سابقه مصرف دارو هایی را دارند که تاثیر منفی بر دانسیته استخوان می گذارند مانند: مصرف کورتیکو استروئید به مدت بیشتر از سه ماه، داروی ضد انعقاد (هپارین) به مدت طولانی، داروی ضدصرع (فنی توئین و فنو باربیتال)
- کد ۲ - استئو آرتروز: به آن دسته از مراجعه کنندگانی اختصاص دارد که در بخش علائم به درد مفاصل زانو یا لگن و در بخش معاینه تورم و محدودیت حرکت و کریپیتاسیون در این مفاصل دارند و یا در سوابق خود سابقه بیماری را ذکر می کنند .
- کد ۳- مر بوط به کسانی است که دچار کمر درد هستند.
- کد ۴- به آن دسته از مراجعه کنندگانی اختصاص دارد که به بیماریهای عضلانی، مفصلی، استخوانی به غیر از موارد کد ۱ و ۲ و ۳ مبتلا هستند که نوع بیماری نیز ثبت می شود.
- کد ۵ - مربوط به افراد در معرض خطر بیماریهای موسکولواسکلتال است که نوع بیماری و عامل خطری که فرد با آن مواجه است، ثبت می شود. مانند زمانی که افراد درجه یک فامیل، استئوپروز داشته اند و یا در قسمت تن سنجی و شیوه زندگی، لاغری، دریافت ناکافی لبنیات، فعالیت فیزیکی نامطلوب، مصرف دخانیات و الکل دارد یا در بخش باروری، یائسگی و آمنوره (کمبود استروژن، یائسگی زودرس، آمنوره طولانی مدت) را داشته اند، که فرد در معرض استئوپروز محسوب می گردد.
- سرطان یا در معرض خطر ابتلا به آن در زنان : وجود سابقه مثبت یا وضعیت فعلی مثبت مستند، در جهت تشخیص قطعی هر یک از سرطانهای زیر با گزارش پاتولوژی مثبت: کد ۱- سرطان پوست، کد ۲- سرطان پستان، کد ۳- سرطان سرویکس، کد ۴- سرطان کولورکتال، کد ۵- ابتلا به سایر انواع سرطان بطور مستند، کد ۶- مشکوک به بدخیمی: زیر کد ۶,۱ برای وجود علائم و نشانه های مشکوک به بدخیمی و زیر کد ۶,۲ برای پاسخ مشکوک به بدخیمی در اقدامات پاراکلینیک می باشد. به عبارت دیگر فرد ممکن است علائم مشکوکی را اظهار نموده یا در معاینه وی نشانه مشکوکی از ابتلا به بدخیمی مشاهده شود، یا در گزارش پاراکلینیک تغییراتی در جهت وجود بدخیمی دیده شود. در هریک از حالات فوق برای تشخیص قطعی اقدام لازم صورت می گیرد. به عنوان مثال تغییرات در ضایعات پوستی قبلی یا ضایعه یا عدم بهبودی ضایعه پوستی جدید، وجود غدد لنفاوی غیر طبیعی مشکوک به نوع سرطانی و یا توده در معاینه شکم ، علائم ترشح پوستی و تغییرات شکل ظاهری و توده در پستان ، لمس غدد لنفاوی در ناحیه آگزبلا و فوق ترقوه ،

تغییرات در ضایعات پوستی قبلی یا ضایعه یا عدم بهبودی ضایعه پوستی جدید، دارای غدد لنفاوی غیر طبیعی مشکوک به نوع سرطانی و یا توده در معاینه شکم، وجود یکی از علائم هشدار دهنده سرطان که در قسمت سایر ثبت گردیده است. توجه: همه علائم و نشانه‌ها و تغییرات پاراکلینیک فوق می‌توانند مربوط به بیماریهای خوش خیم باشند و وجود موارد فوق نباید برای گیرنده خدمت ایجاد نگرانی نماید.

کد ۷ - در معرض خطر سرطان شامل سابقه مثبت به نفع سرطان در فرد مراجعه کننده، سابقه مثبت به نفع هر یک از انواع سرطان مانند سرطان کولورکتال یا سرطان پستان در بستگان درجه یک مراجعه کننده، مشاغل در معرض تابش مستقیم آفتاب یا تماس با عوامل شیمیایی و فیزیکی سرطانزا و.....

سرطان یا در معرض خطر ابتلا به آن در مردان: وجود سابقه مثبت مستند به نفع هر یک از سرطانهای زیر با گزارش پاتولوژی مثبت کد ۱- سرطان پوست، کد ۲- سرطان پستان، کد ۳- سرطان پروستات، کد ۴- سرطان کولورکتال، کد ۵- مبتلا به سایر انواع سرطان با ذکر نام سرطان، کد ۶- مشکوک به بدخیمی: زیر کد ۶,۱ برای وجود علائم و نشانه‌های مشکوک به بدخیمی و زیر کد ۶,۲ برای پاسخ مشکوک به بدخیمی در اقدامات پاراکلینیک می‌باشد به عبارت دیگر فرد ممکن است علائم مشکوکی را اظهار نموده یا در معاینه وی نشانه مشکوکی از ابتلا به بدخیمی مشاهده شود یا در گزارش پاراکلینیک تغییراتی به نفع بدخیمی (به عنوان مثال تغییرات در ضایعات پوستی قبلی یا ضایعه جدید یا عدم بهبودی ضایعه پوستی جدید، وجود غدد لنفاوی غیر طبیعی مشکوک به نوع سرطانی و یا توده در معاینه شکم) دیده شود. در هریک از حالات فوق برای تشخیص قطعی اقدام لازم صورت می‌گیرد.

کد ۷ - در معرض خطر سرطان شامل سابقه مثبت در جهت وجود هر یک از انواع سرطان در بستگان درجه یک، سابقه مثبت به نفع سرطان در فرد مراجعه کننده، سوابق و شرح حال، علائم بالینی یا آزمایشگاهی مثبت به نفع هریک از سرطانها، سابقه مثبت به نفع هر یک از انواع سرطان مانند سرطان کولورکتال یا سرطان پروستات در بستگان درجه یک، مشاغل در معرض تابش مستقیم آفتاب یا تماس با عوامل شیمیایی و فیزیکی سرطانزا، مشاغل در معرض تابش مستقیم آفتاب یا تماس با عوامل شیمیایی و فیزیکی سرطانزا و.....

سایر بیماریها/عوامل خطر: در این ردیف از بخش تشخیص و طبقه بندی دستجاتی از بیماریها یا مواردی از تشخیص که به طور واضح در سایر ردیفهای جدول مورد اشاره قرار نگرفته است، ثبت می‌گردد:

کد ۱ - آنمی فقر آهن که اطلاعات آن را از آزمایش هموگلوبین فرد یا سابقه ابتلا به کم خونی در قسمت سوابق بیماریها می‌توان بدست آورد. کد ۲- تنفسی (آسم، COPD) آسم: سابقه بیماریهای تنفسی بطور مستند در فرد یا بستگان همراه با یکی از علائم سرفه دو هفته یا بیشتر، تنگی نفس و خس خس مکرر و مستمر دارای سمع ریه غیر طبیعی، COPD سرفه و تنگی نفس همراه با دفع خلط به صورت مکرر، کد ۳ - عفونی مزمن: مواردی که در سوابق بیماریها سابقه مثبت ابتلا به یکی از بیماریهای عفونی مزمن را دارند و یا دارای علامت تب و لرز و تعریق شبانه هستند که در این صورت مشکوک به یک نوع بیماری عفونی خواهند بود.

کد ۴- شغلی آن دسته افرادی که دارای بیماری شناخته شده شغلی می‌باشند و تحت درمان هستند (کد ۴,۱) و یا افرادی که در در شرح حال یا وظایف شغلی، با عوامل عمده زیان آور شغلی شیمیایی، فیزیکی، بیولوژیک و ارگونومیک مواجهه یا تماس دارند (کد ۴,۲) کد ۵- سایر: مانند: دهان و دندان، گوارشی، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و..... که در قسمت های مختلف ارزیابی پزشک متوجه آن می‌گردد.

عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت مراجعه کننده :

گرچه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت باید در سطح کلان مورد توجه قرار گرفته و عموم افراد جامعه از نتایج مداخلات کلان در جهت رفع عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بهره مند گردند، اما در بسیاری از موارد، عوامل ویژه خانوادگی و اجتماعی در سطح فرد بر سلامت وی اثر گذار می باشند که توجه به آنها می تواند شرایط بهتری برای بهره مندی از امکانات اجتماعی موجود در جامعه را فراهم نماید. این بخش از جدول تشخیص و طبقه بندی با مشارکت کلیه افراد تیم (کارشناس بهداشتی، ماما، پزشک) تکمیل می گردد. با توجه به نقش مهم عوامل اجتماعی و خانوادگی بر سلامت آحاد جامعه، هدف آن است که ارائه دهندگان خدمات به این عوامل توجه ویژه ای معطوف نمایند و در حد امکان در تصمیم گیری برای مداخلات سلامت در سطح فرد نیز مد نظر قرار دهند. توجه شود که برخی از این عوامل اجتماعی جنبه عمومی دارند و مداخلات فردی در هر شرایطی ناممکن است مانند الودگی هوا یا وضعیت دفع فاضلاب شهری که از طریق مداخلات اجتماعی قابل حل هستند. اما برخی عوامل، علیرغم آنکه جنبه عمومی دارند، وجه خصوصی آنها نیز اهمیت دارد و در سطح فرد قابل مداخله هستند مانند کمک به درمان همسر معتاد یک مراجعه کننده از طریق گروه درمانی، فراهم نمودن شرایط تربیتی بهتر برای فرزندان چنین خانواده ای از طریق فرهنگسراها یا سایر کانونها، مراکز و اماکن عمومی تربیتی، معرفی افراد نیازمند پوشش حمایتی اجتماعی به سازمانهای مربوطه از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد و ...، کمک به خلاقیت و کارآفرینی خانواده ها از طریق برنامه های CBI و از آنجا که طرح سوالات روشن از مراجعه کنندگان مد نظر نمی باشد، سوال خاصی در فرم گذاشته نشده است. اما انتظار می رود موارد زیر در رابطه بین ارائه دهنده خدمات و گیرنده خدمات در حین ارائه خدمت مورد توجه قرار گرفته و بدون آنکه سوالی در خصوص موارد مذکور پرسیده شود، در صورت وجود نکته مثبت از دسته بندی زیر، در خانه مربوطه ثبت گردد. بدین ترتیب واضح است که هدف، بررسی یا اندازه گیری دقیق عوامل تاثیر گذار اجتماعی و خانوادگی نیست، بلکه توجه به مواردی است که به طور واضحی سلامت فرد را تحت تاثیر قرار داده است. از میان حیطه های مختلف عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ارائه خدمات سبا و سما، حیطه های زیر مد نظر قرار می گیرند:

کد ۱- وضعیت خانواده از نظر استحکام روابط: زندان، طلاق و متارکه، اختلالات رفتاری و خشونت خانگی، بزهکاری ها، چند همسری، خانواده بی سرپرست و بد سرپرست، وجود معلولیت یا بیماری صعب العلاج در فرد یا یکی از افراد خانواده مانند همسر، فرزند یا والدین، اعتیاد/وابستگی به مواد، تعهد و پای بندی دینی و اخلاقی، استرس های روانی به دنبال حوادث و بلاها و....

کد ۲- وضعیت اقتصادی و شغلی: درآمد (میزان حقوق و دستمزد، استرسهای مالی، ورشکستگی، بیکاری، اخراج، ازکار افتادگی، مالکیت مسکن، مالکیت خودرو، شرایط رفاهی، امکانات تفریحی)، شرایط کاری (ارتباطات شغلی، امنیت شغلی، رضایت شغلی، استرسهای شغلی)

کد ۳- دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت: پوشش بیمه ای پایه و مکمل، دسترسی اقتصادی و جغرافیایی به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی، تحت پوشش خدمات سازمانهای حمایتی (کمیته امداد، بهزیستی، خیریه ها و....)، وضعیت فرد از نظر مشارکت در زندگی اجتماعی و شناخت حقوق و وظایف شهروندی و ارزشهای اجتماعی

کد ۴- عوامل عمومی محیط زیستی: آلودگی هوای محیط زندگی و کار، آلودگی آب مصرفی یا عدم بهره مندی از آب سالم، وجود آبهای راکد در محل زندگی، عدم بهره مندی از امکانات دفع زباله و سایر خدمات اجتماعی و شهری.....(این موارد بویژه در مناطق خاص و حاشیه شهرها مورد توجه قرار گیرد)

کد ۵- زندگی در سکونت گاه های غیر رسمی و حاشیه شهر

کد ۶- سایر عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت که به نظر ارائه دهندگان خدمات از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

- موارد زیر در بخش مشخصات دموگرافیک مورد توجه قرار گیرد: سن، جنس، وضعیت تاهل (طلاق، دوری از همسر به هر علت از جمله زندان)، تحصیلات، شغل (شاغل ، بیکار، اخراج) و به طور غیر مستقیم وضعیت درآمد، ورشکستگی، معضلات مالی و تحت پوشش سازمانهای حمایتی، امکانات حمایتی و دسترسی به خدمات سلامت (بیمه درمانی پایه و تکمیلی).
- خشونت خانگی در بخش سلامت باروری (روابط زناشویی و بین فردی) مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه بررسی فرم (بخش پایانی فرم): در پایان، پزشک یا فردی که با مسئولیت پزشک تعیین می شود، بخشهای مختلف فرم را مورد بررسی قرار داده و نقایص آن را ثبت می کند تا سایر اعضای تیم سلامت آن را تکمیل نمایند. همچنین تاریخ نهایی مراجعه بعدی را به مراجعه کننده اعلام و در قسمت انتهایی فرم مهر و امضا خود را ثبت می نماید.

۱۱- نتیجه بررسی فرم توسط پزشک								
بخشهای فرم								نتیجه بررسی فرم
مشخصات	شیوه زندگی	ایمن سازی	باروری	سوابق	علائم	معاینات	پاراکلینیک	طبقه بندی
								کامل
								ناقص (مواردنقص)

پرونده کامل پرونده کامل پرونده ای است که همه اطلاعات مربوط به ارزیابی دوره ای سلامت مراجعه کننده از جمله بررسی شیوه زندگی، بررسی سلامت باروری و پاراکلینیک مورد نیاز آن (ماموگرافی و پاپ اسمیر برای افرادی که طبق راهنمای بالینی و پروتکل کشوری لازم است اقدامات پاراکلینیک را انجام دهند)، سلامت عمومی و پاراکلینیک روتین آن به طور کامل انجام و ثبت شده، ارجاعات تشخیصی یا درمانی لازم انجام شده و تشخیص و طبقه بندی مناسب در همه موارد صورت گرفته باشد. در این حالت در ستون آخر از بخش ۱۱ فرم ارزیابی دوره ای که نتیجه بررسی و نقص خدمات و فرم درج می شود، همه قسمتها، به عنوان کامل علامت گذاری شده است.

پیگیری برای تکمیل پرونده: حداکثر سه بار تماس تلفنی از جانب بهورز یا رابط بهداشتی در یک دوره زمانی سه ماهه برای پیگیری در خصوص تکمیل اطلاعات پرونده کافی است. اگر علیرغم انجام موارد فوق مراجعه کننده برای تکمیل پرونده مراجعه نکرد، علت را جویا شده و در قسمت تاریخ مراجعه بعدی نوشته شود. در صورتی که باز هم مراجعه کننده در جمعیت تحت پوشش مرکز محسوب می شود، پیگیری مراجعه فرد را حداکثر سه بار (حداقل یک بار سالانه) در سرشماری سالیانه یا با تماس تلفنی یا پیامک و یا از طریق رابط بهداشتی، تا دوره بعدی ارزیابی دوره ای سلامت ادامه داده علت عدم مراجعه را جویا شده، ثبت نموده و در صورت امکان، برای رفع علت اقدام نمایید. در صورت عدم مراجعه فرد علیرغم اقدامات فوق، وی را از گروه تحت پوشش خارج نموده و پرونده وی را به عنوان پرونده غیر فعال بایگانی نمایید.

در انتهای فرم تاریخ مراجعه بعدی و مشخصات پزشک به صورت زیر ثبت می شود:

تاریخ مراجعه بعدی علت مراجعه بعدی.....
 نام و نام خانوادگی پزشک تاریخ تکمیل/...../..... مهر و امضا پزشک

راهنمای اجرایی ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان - ویژه تیم سلامت

توجه : تاریخ نهایی مراجعه بعدی با توجه به همه موارد مراجعه بعدی مورد نیاز فرد تعیین شده و ترجیحاً به صورتی تعیین شود که از مراجعات مکرر فرد پیشگیری گردد. در صورتی که این مسئله امکان پذیر نباشد، اولین یا نزدیکترین تاریخ مراجعه بعدی به عنوان تاریخ نهایی مراجعه بعدی ملاک عمل قرار گیرد. در هر حال فقط یک تاریخ به عنوان تاریخ مراجعه بعدی به مراجعه کننده اعلام گردد و برای تسهیل پیگیری، ترجیحاً نام مراجعه کننده در صفحه مربوط به همین تاریخ در تقویم پیگیری برای مراقبت ممتد (سررسید) درج و برای تسهیل تهیه گزارش آماری در فرم آماری چوب خط بخورد. همچنین لازم است تاریخ مراجعه بعدی فرد به صورت شفاهی و کتبی به وی اعلام گردد (کارت مراجعات یا کارت مراقبت ممتد یا یادداشت تاریخ مراجعه بعدی در دفترچه بیمه مراجعه کننده).

ثبت اطلاعات

اهداف آموزشی

فراگیران در پایان آموزش این بخش باید بتوانند:

- روش کد گذاری تشخیص و طبقه بندی در دفتر ثبت را بیاموزند.
- مهارت تکمیل اطلاعات ارزیابی دوره ای سلامت گیرنده خدمت در دفتر ثبت مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان را فراگیرند.
- مهارت تکمیل اطلاعات مراقبت ممتد گیرنده خدمت در دفتر ثبت مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان را فراگیرند.
- نحوه تهیه گزارش از اطلاعات دفتر ثبت رافرا بگیرند.

دفتر ثبت خدمات سلامت میانسالان

ثبت داده‌های سلامت هر یک از زنان و مردان ۵۹-۳۰ سال گیرنده خدمات سلامت میانسالان در شناسنامه سلامت آنان به تنظیم فرایند ارائه خدمت و برنامه ریزی سلامت آنان کمک نموده و داده‌های فردی را برای مداخله لازم در جهت ارتقای سلامت آنان فراهم می‌نماید. خلاصه اصلی‌ترین اطلاعات مربوط

به هریک از مراجعه‌کنندگان در دفتر ثبت خدمات سلامت میانسالان درج می‌شود. داده‌های ثبت شده در دفتر ثبت سه هدف کاربردی را دنبال می‌کند:

- ۱ - جمع‌بندی اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده، نتایج آن و تصمیم‌گیری‌های بعدی برای پیگیری و مراقبت ممتد هر یک از گیرندگان خدمات
- ۲ - سهولت پایش برنامه
- ۳ - تهیه گزارش برای ارائه به مرکز بهداشت شهرستان: این کاربرد دفتر ثبت، قدم اول در مدیریت اطلاعات سلامت میانسالان تحت پوشش مرکز یا پایگاه ارائه خدمات محسوب شده و شرایط را برای انجام مداخلات در سطح جامعه فراهم می‌نماید. بنابراین مبنای داده‌های موجود در فرم‌های گزارشدهی، اطلاعاتی است که در دفاتر ثبت موجود می‌باشد.
شرح دفتر ثبت و دستورالعمل تکمیل آن عبارت است از:
در صفحه داخل جلد دفتر مشخصات مرکز به شرح زیر درج می‌گردد:

..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

..... مرکز بهداشت شهرستان

..... مرکز بهداشتی درمانی شهری

..... پایگاه بهداشتی

..... خانه بهداشت

دستورالعمل نحوه تکمیل دفتر ثبت خدمات سلامت میانسالان

همانطور که گفته شد، دفتر ثبت خدمات به منظور جمع‌بندی اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده، نتایج آن و تصمیم‌گیری‌های بعدی برای پیگیری مراجعه‌کنندگان طراحی گردیده است. در واقع پس از ارائه خدمات سلامت به هر یک از مراجعه‌کنندگان، کلیه فعالیت‌های انجام شده و برنامه آینده برای سلامت آنان در یک ردیف از این دفتر، ثبت می‌شود. همچنین از اطلاعات ثبت شده در این دفتر برای پایش برنامه و تهیه گزارش برای ارائه به مرکز بهداشت شهرستان استفاده می‌شود.
این دفتر در شهر توسط کاردان یا کارشناس بهداشتی مسئول سلامت هر مراجعه‌کننده و در روستا توسط بهورز با استفاده از فرم‌های ثبت خدمات موجود در شناسنامه سلامت فرد تکمیل می‌گردد.

صفحه اول دفتر ثبت: خلاصه ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان

مشخصات فردی	تشخیص / طبقه بندی / نتایج بررسی در ارزیابی دوره ای برای طبیعی / سالم / مطلوب "ط" ، برای موارد نیاز مند اقدام / نامطلوب / غیر طبیعی / در معرض خطر / مشکوک / بیمار "کد" مربوطه + "ج" برای موارد شناسایی شده جدید ، برای مورد ندارد-																							
	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره پرونده	تاریخ تشکیل پرونده	a. تن سنجی	b. تغذیه	c. فعالیت جسمانی	d. دخایت، الکل، مواد	e. باروری	f. پائسگی (ویژه زنان)	g. باروری تناسلی	h. اعصاب و روان	i. اصلی غیر واگیر	z. قلبی عروقی	k. استخوانها و مفاصل	اسرطانها	m. سایر بیماریها	n. عوامل خطر خانوادگی	o. پاپ اسمیر (زنان)	p. ممو گرافی (زنان)	q. آزمایش تکمیلی	تاریخ تکمیل ارزیابی دوره ای	آموزش خودارزیابی و خود مراقبتی	ملاحظات

صفحه دوم دفتر ثبت: خلاصه مراقبتهای ممتد میانسالان در یک دوره سه ساله

مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	ملاحظات	
																							بار ۱

هر ردیف از دفتر ثبت، به ثبت اطلاعات ارزیابی دوره ای و مراقبت ممتد یک نفر از مراجعه کنندگان اختصاص دارد. به این ترتیب که در هر ردیف از صفحه اول نتایج مراجعه اول (ارزیابی دوره ای سلامت) و در ردیف متناظر آن در صفحه دوم نتایج مراجعات بعدی برای مراقبت ممتد در خصوص هر یک از مشکلات سلامت ثبت می شود.

توجه ۱: در صورتی که موارد تشخیص و طبقه بندی دارای کد غیر طبیعی / نامطلوب / مشکوک در صفحه اول دفتر ثبت برای مراجعه کننده متعدد باشد، بر حسب مورد می توان بیشتر از یک ردیف از دفتر ثبت را به اطلاعات مربوط به آن فرد اختصاص داد تا بتوان در صفحه دوم یعنی خلاصه مراقبتهای ممتد، بعد از ارزیابی دوره ای اطلاعات مربوطه را ثبت نمود.

توجه ۲: ترجیح دارد که در حد امکان مراقبت ممتد فرد برای مشکلات متعدد سلامتی به صورت همزمان ارائه و از تکرار مراجعات گیرنده خدمت اجتناب گردد.

صفحه اول دفتر ثبت (خلاصه ارزیابی دوره ای سلامت)

در ستون های صفحه اول دفتر ثبت، خلاصه ای از آنچه که در فرم ارزیابی دوره ای سلامت مراجعه کننده ثبت شده درج می شود. بدیهی است موارد یائسگی، نتایج ماموگرافی، پاپ اسمیر به خدمات سلامت بانوان ایران اختصاص دارد. سایر موارد در ثبت خدمات زنان و مردان مشابه بوده و به یک نحو تکمیل می شود.

ستون ۱ الی ستون ۵ مربوط به ثبت مشخصات فردی مندرج در فرم ارزیابی دوره ای و شامل موارد زیر می باشد:
ستون ردیف: مربوط به شماره هر فرد به ترتیب مراجعه است. بدین ترتیب آخرین شماره وارد شده در دفتر نشان دهنده تعداد مراجعینی است که خدمات برای آنان ارائه شده است.

ستون نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی مراجعه کننده بر اساس فرم ارزیابی دوره ای در خانه های این ستون ثبت می گردد.
ستون تاریخ تولد: تاریخ تولد فرد به سال و ماه و روز بر اساس فرم ارزیابی دوره ای در خانه های این ستون ثبت می گردد و سن مراجعه کننده بر اساس آن تعیین می شود. در ابتدای هر سال خروج فرد از دوره میانسالی و ورود او به دوره سالمندی (۵۹ سال و یازده ماه و ۲۹ روز : ۶۰ سالگی) مشخص شده و از تاریخ مذکور این فرد باید در گروه هدف مراقبتهای ادغام یافته سلامت سالمندان قرار گرفته و با پروتکل های مربوطه مورد پیگیری و مراقبت قرار گیرد. به عبارت دیگر در محاسبه شاخصها از برنامه سلامت میانسالان خارج و خروج او با ضربدر به رنگ قرمز در خانه اول (ردیف) مشخص می شود.

بدین ترتیب هر ضربدر قرمز در خانه ردیف به معنای خروج فرد به هر دلیل از برنامه خدمات سلامت میانسالان در مرکز مربوطه است.
ستون شماره پرونده: در خانه های مربوط به این ستون، شماره پرونده مراجعه کننده یعنی کد ملی ثبت می شود. اگر شماره دیگری در مکان ارائه خدمت بصورت قراردادی به عنوان شماره پرونده تعیین شده است، می توان آن شماره را ثبت نمود.

ستون تاریخ تشکیل پرونده: منظور تاریخ تشکیل پرونده برای ارزیابی دوره ای سلامت مراجعه کننده است. تاریخ تشکیل پرونده همان تاریخ پذیرش متقاضی و ثبت مشخصات فردی او در فرم به قصد ارزیابی دوره ای سلامت و ارائه خدمات می باشد.
ستون اصلی بعدی و زیر ستونهای آن به موارد تشخیص و طبقه بندی ثبت شده در فرم ارزیابی دوره ای اختصاص دارد. (سه ستون یائسگی، نتایج ماموگرافی و پاپ اسمیر به خدمات سلامت بانوان ایران اختصاص دارد) در این مورد فرد از نظر ابتلا به بیماری/ مشکوک بودن به ابتلا/ در معرض خطر بیماری/ شرایط غیر طبیعی یا نامطلوب و شرایط فیزیولوژیک نیازمند مداخله مانند بارداری و شیردهی برای هریک از دستجات تشخیصی، طبقه بندی می شود. به عبارت دیگر وضعیت سلامت و بیماری فرد مشخص می گردد.

چنانچه فرد برای هریک از عناوین تشخیص و طبقه بندی درج شده در این قسمت وضعیت طبیعی/ مطلوب/ سالم داشته باشد، با نوشتن حرف "ط" وضعیت فرد در ستون مربوط به همان عنوان نشان داده می شود و در صورتی که فرد در یک یا چند عنوان از عناوین تشخیص و طبقه بندی در دسته نیازمند مداخله/ غیرطبیعی/ نامطلوب/ مشکوک/ در معرض خطر/ بیمار قرار گرفته باشد، وضعیت وی با درج کد یا کدهای آن در خانه مربوطه مشخص می گردد. بعنوان مثال چنانچه در جدول تشخیص و طبقه بندی فرم ارزیابی دوره ای در ردیف تن سنجی نامطلوب کد ۳ و در ردیف بیماری استخوانها و مفاصل کد ۲ ثبت شده بود، همان کدها در ستون های تن سنجی نامطلوب و بیماری استخوانها و مفاصل در دفتر ثبت نیز درج می گردد.

همچنین اگر ابتلای فرد در همین ارزیابی دوره ای مشخص شده، یعنی مورد جدیدی است که در ارزیابی دوره ای اخیر شناسایی شده، به عنوان مورد جدید (بروز) با حرف "ج" نشان داده می شود. در غیر این صورت یعنی برای موارد شناسایی شده قبلی یا قدیم

(Known case) نیازی به نشان دادن قدیمی بودن آن نیست. قابل ذکر است در مورد تن سنجی، شیوه زندگی، باروری و یائسگی نیز نیازی به ثبت مورد جدید یا قدیم وجود ندارد. به عبارت دیگر ثبت مورد جدید (ج) برای تعیین بروز بیماریها و شناسایی بیماری در خدمات سبا و سما می باشد.

خالی ماندن هر کدام از خانه های مربوط به عناوین یادشده در قسمت تشخیص و طبقه بندی نشانه عدم ارزیابی فرد در رابطه با آن بخش یا نامشخص بودن تشخیص و طبقه بندی برای آن موضوع می باشد. لذا در صورتی که تشخیص برای هر یک از عناوین، تشخیص و طبقه بندی روشن شده باشد، هیچیک از خانه ها نباید خالی بمانند. بدین معنا که در صورت طبیعی بودن فرد برای همه زیر کدهای تشخیصی موضوع مربوطه "ط" و در صورت وجود کد یا زیر کد تشخیصی برای هر یک از عناوین، کد یا زیر کد مربوطه که در فرم ارزیابی دوره ای ثبت شده است، در دفتر ثبت نیز درج و در صورتی که انجام خدمت مربوطه برای مراجعه کننده موردی نداشته، خط تیره درج می شود.

توجه ۳: در صورتی که خدمت مورد نظر ارائه نشده یا به علت کافی نبودن مستندات یا نیاز به ارجاع یا سایر اقدامات تشخیصی برای هیچیک از زیرکدها کامل نشده باشد، خانه مربوطه تا زمان نهایی شدن طبقه بندی و تشخیص در دفتر ثبت خالی خواهد ماند که به معنای نامشخص بودن تشخیص است و پس از نهایی شدن تشخیص ط یا کد/ کدهای تشخیص در خانه مربوطه درج خواهد شد.

توجه ۴: مشخصه ناقص بودن موارد تشخیصی، همیشه خانه خالی نیست. ممکن است در خانه مربوطه کدی برای یک تشخیص روشن شده باشد؛ اما مورد دیگری نامشخص باشد. مثال: در خانه غیر واگیر اصلی فشارخون بالا مشخص، اما دیابت نامشخص باشد. در این موارد برای پیگیری موضوع تا روشن شدن تشخیص در ستون ملاحظات صفحه اول دفتر، نقص مربوطه ثبت شود.

بدین ترتیب ثبت خانه های تشخیص و طبقه بندی برای هر یک از موارد به صورت زیر می باشد:

- طبیعی / سالم / مطلوب بودن همه زیرکدهای یک موضوع تشخیص و طبقه بندی (ط)
- بیمار / غیرطبیعی / مشکوک / نامطلوب / در معرض خطر / نیازمند اقدام برای مورد قدیم یا شناخته شده قبلی (فقط شماره زیر کد / زیرکدهای مربوطه)
- بیمار / غیرطبیعی / مشکوک / نامطلوب / در معرض خطر / نیازمند اقدام برای مورد شناسایی شده جدید در برنامه (ج و کد مربوطه)
- خدمت مربوطه انجام نشده یا نتیجه آن برای همه زیر کدهای تشخیصی، نامشخص است (خانه خالی)
- خدمت مربوطه انجام شده؛ اما نتیجه آن برای بعضی از زیر کدهای تشخیصی، مشخص و برای بعضی از آنها نامشخص است (ثبت زیر کد تشخیص داده شده در خانه و ثبت نقص برای زیر کدهای نامشخص در ستون ملاحظات با مداد تا زمان مشخص شدن نتیجه) که پس از روشن شدن تشخیص و ثبت آن در پرونده فرد، کد یا حرف متناسب با تشخیص در دفتر ثبت نیز درج و در فرم گزارش دهی منظور خواهد شد.
- انجام خدمت یا بررسی برای فرد مورد نظر مورد نداشته است. (خط تیره -) به عنوان مثال عدم لزوم بررسی یائسگی و علائم آن در مراجعه کننده ۳۲ ساله با قاعدگی منظم

جمع بندی کلیه اطلاعات مربوط به این بخش محاسبه شده و در فرم گزارش دهی شماره ۲ مرکز ثبت می شود.

زیر ستونهای پاراکلینیک: سه زیر ستون آخر از ستون تشخیص و طبقه بندی به نتایج پاراکلینیکی که آمار آن در گزارشی مد نظر قرار گرفته مانند ماموگرافی و پاپ اسمیر، یا نتیجه اقدامات پاراکلینیک ویژه ای مانند دانسیتومتری / کولونوسکوپی / آنژیوگرافی و اختصاص دارد.

ستون تاریخ تکمیل ارزیابی دوره ای: تاریخ کامل شدن پرونده به روز و ماه و سال در خانه مربوط به این ستون درج می شود. برای پیگیری موارد ناقص می توان تاریخ تکمیل را برای هر یک از سه بخش ارزیابی دوره ای (شیوه زندگی، باروری و سلامت عمومی) بطور

جداگانه نیز ثبت نمود. تعداد مواردی که تاریخ تکمیل برای آن ثبت شده نشان دهنده تعداد پرونده های کامل شده می باشد که آمار آن با توجه به تاریخ تکمیل برای همان دوره گزارش دهی در فرم شماره ۱ گزارش دهی ثبت می گردد. به عبارت دیگر، تاریخ تکمیل پرونده وقتی است که پرونده به صورت زیر کامل شده باشد:

توجه ۵: پرونده کامل پرونده ای است که همه اطلاعات مربوط به ارزیابی دوره ای سلامت مراجعه کننده از جمله بررسی شیوه زندگی، بررسی سلامت باروری و پاراکلینیک مورد نیاز آن (ماموگرافی و پاپ اسمیر برای افرادی که طبق راهنمای بالینی و پروتکل کشوری لازم است اقدامات پاراکلینیک را انجام دهند)، سلامت عمومی و پاراکلینیک روتین آن به طور کامل انجام و ثبت شده، ارجاعات تشخیصی یا درمانی لازم انجام شده و تشخیص و طبقه بندی مناسب در همه موارد صورت گرفته باشد. در این حالت در ستون آخر از بخش ۱۱ فرم ارزیابی دوره ای که نتیجه بررسی و نقص خدمات و فرم درج می شود، همه قسمتها، به عنوان کامل علامت گذاری شده است. در چنین حالتی تاریخ تکمیل پرونده در ستون تاریخ تکمیل درج و برای همان تاریخ در فرم شماره ۱ گزارش دهی به عنوان پرونده کامل گزارش می شود.

ستون آموزش خود ارزیابی و خود مراقبتی: در صورتی که فرد برای انجام خود ارزیابی سلامت و نحوه استفاده از دفترچه های خودارزیابی سلامت یا سایت یا نرم افزار آن و انجام خود مراقبتی آموزش دیده است، در خانه مربوطه علامت \checkmark ثبت می شود. ستون ملاحظات: در صورتی که در فرم ارزیابی دوره ای سلامت نکته قابل توجه و مهمی مانند موارد نقص پرونده یا نقص تشخیص یا علت نقص و... وجود دارد که بنا به تشخیص کارکنان بهداشتی برای پیگیریهای بعدی ثبت آن در دفتر نیز ضروری است، در قسمت ملاحظات درج گردد.

کد گذاری دفتر ثبت برای نتایج ارزیابی دوره ای خدمات سلامت میانسالان

"ط": طبیعی / سالم / مطلوب

"کد": نیازمند اقدام / نامطلوب / غیر طبیعی / در معرض خطر / مشکوک / بیمار

"کد" + "ج": برای موارد شناسایی شده جدید نیاز مند اقدام / نامطلوب / غیر طبیعی / در معرض خطر / مشکوک / بیمار

"-": بررسی مربوطه برای مراجعه کننده مورد ندارد

کدهای غیر طبیعی / در معرض خطر / مشکوک / بیمار به شرح جدول زیر در دفتر ثبت وارد می شود. توجه کنید در جدول زیر موارد آبی رنگ ویژه مردان و موارد صورتی رنگ ویژه زنان بوده و موارد سفید رنگ در مردان و زنان مشترک است. موارد خاکستری در دفتر ثبت برای مردان تکمیل نمی شود. برای سهولت جمع بندی گزارش سلامت مردان و سلامت زنان دفتر ثبت به دو بخش تفکیک شود.

راه‌های اجرایی ارزیابی دوره‌ای سلامت میانسالان - ویژه تیم سلامت

کدها و زیر کدهای موارد نیازمند اقدام، نامطلوب، غیرطبیعی، در معرض خطر، مشکوک، بیمار در ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان		
سلامت مردان	سلامت زنان	
a	تن سنجی نامطلوب : ۱. لاغری ۲. اضافه وزن ۳. چاقی ۴. چاقی شکمی	تن سنجی نامطلوب : ۱. لاغری ۲. اضافه وزن ۳. چاقی ۴. چاقی شکمی
b	تغذیه نامطلوب : ۱. لبنیات (نامطلوب)، ۲. سبزی (نامطلوب)، ۳. میوه (نامطلوب)، ۴. عادات غذایی نامناسب	تغذیه نامطلوب : ۱. لبنیات (نامطلوب)، ۲. سبزی (نامطلوب)، ۳. میوه (نامطلوب)، ۴. عادات غذایی نامناسب
C	فعالیت جسمانی نامطلوب	فعالیت جسمانی نامطلوب
d	وابستگی / اختلال مصرف مواد: ۱. دخانیات ، ۲. الکل ، ۳. مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش	وابستگی / اختلال مصرف مواد: ۱. دخانیات ، ۲. الکل ، ۳. مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش
e	باروری : ۱. اختلال رابطه زناشویی و جنسی ۲. ناباروری ۳. نیازمند مشاوره برای فرزند آوری سالم ۴. سایر	باروری : ۱. اختلال رابطه زناشویی و جنسی ۲. ناباروری ۳. تمایل به بارداری (نیاز به مشاوره پیش از بارداری) ۵. نیاز به مشاوره شیردهی ۶. سایر.....
f	یائسگی : ۱. یائسگی قطعی ۲. اختلال وازوموتور ۳. واژینیت اتروفیک	یائسگی : ۱. یائسگی قطعی ۲. اختلال وازوموتور ۳. واژینیت اتروفیک
g	موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی : ۱. عفونتهای آمیزشی یا مشترک زوجین در ناحیه تناسلی : (۱،۱) . کاندیدا ، ۲،۱. تریکومونا ، ۳،۱. عفونت باکتریال mix ، ۴،۱. کلامیدیا ، ۵،۱. گونوکوک ، ۶،۱. سیفلیس ، ۷،۱. زگیل تناسلی، ۸،۱. تبخال تناسلی، ۹،۱. HIV/AIDS ، ۱۰،۱. زگیل تناسلی، ۹،۱. HIV/AIDS) ۲. بیماری دستگاه تناسلی (هیپرتروفی پروستات، واریکوسل، هیدروسل، ارکییت، وجود توده و هرگونه مشکل دیگر در بیضه ها....) ۳. بیماری دستگاه ادراری (انسداد، سنگ، عفونت، نارسایی، بی اختیاری و...)	موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی : ۱. عفونتهای واژینال و آمیزشی : (۱،۱) . کاندیدا ، ۲،۱. تریکومونا، ۳،۱. واژینوز، ۴،۱. کلامیدیا ، ۵،۱. گونوکوک ، ۶،۱. سیفلیس ، ۷،۱. تبخال تناسلی، ۸،۱. زگیل تناسلی، ۹،۱. HIV/AIDS ، ۱۰،۱. (PID) ۲. خونریزی غیر طبیعی / اختلال قاعدگی ۳. شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار ۴. سایر (سرویسیت ، پولیپ، فیبروم، PCO و
h	اختلالات اعصاب و روان : ۱. دیسترس روانشناختی ۲. افسردگی ۳. اضطراب منتشر / وسواس ۴. اختلال خواب ۵. سایر.....	اختلالات اعصاب و روان : ۱. دیسترس روانشناختی ۲. افسردگی ۳. اضطراب منتشر / وسواس ۴. اختلال خواب ۵. سایر.....
i	عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای اصلی غیرواگیر : ۱. دیابت ۲. فشارخون بالا ۳. دیس لیپیدمی ۴. در معرض خطر (پره دیابت ، پره هایپر تنشن، دیابت / فشارخون خانوادگی)	عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای اصلی غیرواگیر : ۱. دیابت ۲. فشارخون بالا ۳. دیس لیپیدمی ۴. در معرض خطر.....
j	بیماری قلبی عروقی : ۱. بیماری عروق کرونر / سکنه قلبی ۲. بیماری عروق مغزی / سکنه مغزی ۳. مشکوک به..... ۴. در معرض خطر ۵. سایر	بیماری قلبی عروقی : ۱. بیماری عروق کرونر / سکنه قلبی ۲. بیماری عروق مغزی / سکنه مغزی ۳. مشکوک به..... ۴. در معرض خطر ۵. سایر
k	بیماری استخوانها و مفاصل : ۱. استئوپروز ۲. استئوآرتروز (آرتروز) ۳. کمردر ۴. سایر ۵. در معرض خطر.....	بیماری استخوانها و مفاصل : ۱. استئوپروز ۲. استئوآرتروز (آرتروز) ۳. کمردر ۴. سایر ۵. در معرض خطر.....
l	سرطان: ۱. پوست ۲. پستان ۳. پروستات ۴. کولورکتال ۵. مبتلا به سایر سرطانها (.....) ۶. مشکوک به بدخیمی..... (۱.۶) معاینه ۲.۶ پاراکلینیک) ۷. در معرض خطر سرطان	سرطان: ۱. پوست ۲. پستان ۳. پروستات ۴. کولورکتال ۵. مبتلا به سایر سرطانها (.....) ۶. مشکوک به بدخیمی..... (۱.۶) معاینه ۲.۶ پاراکلینیک) ۷. در معرض خطر سرطان
m	سایر بیماریها/ عوامل خطر : ۱. آنمی فقر آهن ۲. تنفسی (آسم، COPD) ۳. عفونی مزمن (سل، هیپاتیت،) ۴. شغلی (۱،۴) مواجهات شغلی ۲،۴. بیماری شغلی) ۵. سایر موارد: (دهان و دندان ، گوارشی ، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.....)	سایر بیماریها/ عوامل خطر : ۱. آنمی فقر آهن ۲. تنفسی (آسم، COPD) ۳. عفونی مزمن (سل، هیپاتیت،) ۴. شغلی (۱،۴) مواجهات شغلی ۲،۴. بیماری شغلی) ۵. سایر موارد: (دهان و دندان ، گوارشی ، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.....)
n	عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت : ۱ عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت : ۱. وضعیت	عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت : ۱ عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت : ۱. وضعیت

<p>استحکام روابط خانوادگی (زندان، طلاق، خشونت، و.....) ۲. وضعیت اقتصادی (بیکاری، اخراج، ورشکستگی، فقر، بد، خود، بی سرپرست و..)</p> <p>۳. دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت(بیمه، سازمانهای حمایتی ، و.....) ۴. عوامل عمومی و محیط زیستی (آب مصرفی، دفع فاضلاب و سایر خدمات شهری ، و.....) ۵. سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی ۶. سایر.....</p>	<p>استحکام روابط خانوادگی (زندان، طلاق، خشونت، و.....) ۲. وضعیت اقتصادی (بیکاری، اخراج، ورشکستگی، فقر، بد، خود، بی سرپرست و..)</p> <p>۳. دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت(بیمه، سازمانهای حمایتی ، و.....) ۴. عوامل عمومی و محیط زیستی (آب مصرفی، دفع فاضلاب و سایر خدمات شهری ، و.....) ۵. سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی ۶. سایر.....</p>
<p>پاپ اسمیر: - طبیعی = نرمال، متاپلازی - غیر طبیعی = کد ۱. التهاب، کد ۲. ASCUS، کد ۳. مشکوک به بدخیمی (دیس پلازی، نئو پلازی، HSIL، LSIL و..) - نامشخص/ نیازمند تکرار : عدم کفایت یا نمونه ناموفق</p>	<p>o</p>
<p>ماموگرافی : - طبیعی (BIRAD یک) - غیر طبیعی / نیازمند پیگیری = کد ۲ : BIRAD دو (تغییرات خوش خیم، کد ۳: BIRAD سه (احتمالاً خوش خیم : لزوم پیگیری و تکرار مامو گرافی) ، کد ۴: BIRAD چهار و کد ۵ : BIRAD پنج (مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی) - نامشخص: BIRAD صفر (ارزیابی ناقص)</p>	<p>p</p>
<p>پاراکلینیک تکمیلی</p>	<p>q</p> <p>پاراکلینیک تکمیلی</p>

صفحه دوم دفتر ثبت

در صفحه دوم دفتر ثبت، خلاصه مراجعات پیگیری یا مراقبت های ممتد افراد نیازمند مراقبت پس از ارزیابی دوره ای شامل تاریخ مراجعه (مراقبت)، علت مراجعه (مراقبت)، وضعیت کنونی و اقدامات درج می شود. در این صفحه اطلاعات ثبت شده در فرم مراقبت های ممتد افراد نیازمند مراقبت شناسایی شده در ارزیابی دوره ای خلاصه شده و به شرح زیر درج می شود:

ستون تاریخ مراجعه: در صورتی که برای مراجعه کننده با توجه به شرایط نامطلوب/ غیرطبیعی/ بیماری وی، مراجعات بعدی برای مراقبت ممتد پیش بینی شده است، تاریخ مراجعه تعیین شده، در اولین خانه ستون مراقبت ممتد، با مداد ثبت و پس از مراجعه فرد در تاریخ تعیین شده یا هر تاریخ دیگری، تاریخ مراجعه واقعی بصورت نهایی با خودکار اصلاح و ثبت می گردد. به عبارت دیگر یادداشت شدن تاریخ با مداد نشانگر تاریخ مراجعه تعیین شده و ثبت آن با خودکار نشانه تاریخ مراجعه فرد و انجام مراقبت می باشد.

ستون علت مراجعه/ مراقبت: در این ستون، علت مراجعه یا مراقبت فرد به صورت کد مربوطه ثبت می شود که شامل مراقبت ممتد تعیین شده از قبل، وجود شکایات مرتبط با بیماری، عوارض بیماری، عوارض درمان آن، شکایات جدید غیر مرتبط با بیماری تشخیص داده شده قبلی یا سایر علل بنا به گفته مراجعه کننده می باشد. لازم به ذکر است برای خلاصه نویسی در این صفحه از حروف هر یک از عناوین تشخیص در صفحه اول دفتر ثبت نیز استفاده نمایید. به عنوان مثال ثبت کد b ۱.۱ در ستون علت مراجعه (علت مراقبت) به معنای مراجعه فرد به علت مراقبت ممتد برای تغذیه نامطلوب در زمینه لبنیات است.

ستون وضعیت کنونی: سیر بیماری یا نتیجه اقدامات و مداخلات دفعات قبل از فرم مراقبت ممتد مراجعه کننده استخراج و با کدهای زیر در این ستون ثبت شود:

کد ۱- بهبودی / کنترل / پیشرفت مناسب که اقدامات موثر بوده است.

کد ۲- بدون تغییر/ عدم بهبودی/ عدم کنترل / پیشرفت نامناسب که اقدامات موثر نبوده و با مداخلات جدید تحت نظر قرار می گیرد

کد ۳- تشدید بیماری/ ایجاد عوارض بیماری یا عوارض درمان / نیازمند ارجاع تخصصی فرد بدتر شده یا در اثر مداخلات دچار عارضه دارویی شده یا بیماری تشدید شده و عوارض بیماری ظاهر شده اند و فرد برای ادامه مراقبتها نیازمند اقدامات تخصصی می باشد.

کد ۴- ابتلا به بیماری جدید: نتیجه اقدامات تشخیصی قبلی حاکی از ابتلای فرد به یک بیماری جدید می باشد یا فرد در فاصله دو ارزیابی دوره ای مبتلا به بیماری جدید شده است.

توجه ۶: اگر بیماری جدید فرد از موارد جدول تشخیص و طبقه بندی فرم ارزیابی دوره ای می باشد، علاوه بر کد ۴ نام بیماری و "ج" را در فرم مراقبت ممتد نوشته، در دفتر ثبت وارد نموده و دور آن را دایره بکشید تا به عنوان موارد جدید شناسایی شده در انتهای ماه در فرم گزارش دهی، گزارش شود. پس از آنکه در محاسبات فرم گزارش دهی همان ماه گزارش شد، دایره پاک شود.

کد ۵- قطع مراقبت ممتد به هر دلیل یا خروج از برنامه سلامت میانسالان در مورد کسانی که از منطقه تحت پوشش مرکز ارائه دهنده خدمت به هر دلیل خارج شده اند، یا تحت مراقبت ممتد فعال قرار ندارند بر اساس دستورالعمل مربوطه انجام و با ضربدر قرمز در خانه ردیف صفحه اول دفتر ثبت، مشخص و علت آن (عدم تمایل به مراجعه علیرغم پیگیری، تحت نظر بخش خصوصی، مسافرت، مهاجرت، فوت یا سایر دلایل) در ستون وضعیت صفحه دوم دفتر، ثبت می شود. فوت به عنوان یکی از دلایل قطع مراقبت ممتد مورد توجه ویژه قرار گرفته و علت آن بنا به اظهار اعضای خانواده یا رابط بهداشتی یا اطلاعات بهورز و مراقب سلامت یا فرم گواهی فوت ثبت می شود و توضیحات لازم در خصوص علت مرگ یا هر توضیح دیگر در ستون ملاحظات صفحه دوم دفتر ثبت وارد گردد.

ستون بار مراقبت: جمع تعداد مراقبتهای انجام شده برای هر فرد در پایان یک دوره سه ساله در این ستون ثبت می گردد. انتظار می رود هر فرد بر اساس جدول تواتر زمانی برای مراقبتهای ممتد مراجعه نماید. در صورتی که مراجعه کننده برای خود مراقبتی و علائم هشدار دهنده به اندازه کافی توجه شده باشد، حد اقل قابل قبول برای مراقبتهای ممتد دو بار در سال می باشد.

ستون ملاحظات: در صورت وجود هر نکته مهمی از جمله علت عدم مراجعه فرد، اطلاع از مراقبت مراجعه کننده در بخش خصوصی، پیگیری های انجام شده یا فوت که از نظر کارکنان بهداشتی نیاز به ثبت آن وجود داشته باشد، در ستون ملاحظات به ثبت مورد اقدام گردد.

توجه ۷: در پایان دوره سه ساله ارزیابی دوره ای فرد مجدداً برای ارزیابی جدید فراخوان می شود و اطلاعات ثابت مانند تاریخ تولد و اطلاعات مهمی مانند سابقه ابتلا به دیابت در خانواده یا بیماریهای مهم فرد از شناسنامه سلامت فرد استخراج و به فرم جدید ارزیابی دوره ای و دفتر ثبت منتقل شده و تا زمانی که شرایط ایجاد ثبت الکترونیک مهیا گردد، اطلاعات ثبت شده قبلی نگهداری می گردد.