



برنلهه جامع پيشگيري و کنترل ديبايت

فرم ارجاع به مرکز تخصصی ديبايت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درماني

ارجاع از واحد ديبايت: به مرکز تخصصی ديبايت: شماره پرونده در واحد ديبايت:
 معرفي از مرکز تخصصی ديبايت: به واحد ديبايت: تاريخ معرفي:
 نشاني محل مراجعه:
 تلفن تماس محل مراجعه: ساعت مراجعه:

الف- اطلاعات ارجاع: (این قسمت توسط واحد ديبايت تکميل مي شود)

تاريخ ارجاع: ۱۳...../...../.....
 نام و نام خانوادگي: نام پدر: تاريخ تولد: کد ملي:
 وضعیت تاهل: شغل: تحصیلات:
 نشاني:
 تاريخ تشخيص بيماري:
 علت ارجاع:

بيمار جديد اوزيبي سالانه عدم پاسخ به درمان ديبايت بارداري بيمار باردار
 ابتلاء به عارضه (نوع عارضه:)
 تاريخ آخرين آزمایشات:

تاريخ انجام آزمایش		تاريخ انجام آزمایش			
FBS:	mg/dl	۱۳...../...../.....	TG:	Total Cholesterol:	۱۳...../...../.....
HbA1c:	%	۱۳...../...../.....	LDL:	HDL:	۱۳...../...../.....
BUN:	Cr:	۱۳...../...../.....	urine protein		۱۳...../...../.....

Other:.....
 داروهای مصرفی: در و تاريخ شروع:

.....

تذکر مهم: همراه داشتن نتایج آزمایشات بيمار در مراجعه به مرکز تخصصی ديبايت ضرور است.
 نام و امضای پزشک واحد ديبايت/ مهر مرکز

ب- ويزيت تخصصی داخلی (این قسمت توسط مرکز تخصصی تکميل مي شود)
 تاريخ ويزيت: ۱۳...../...../.....

۱- کفايت درمان و کنترل قند خون:
 توصیه ها و اقدامات درماني:
 HbA1c: % FBS: Bs²hpp:

۲- اوزيبي نفروپاتي ديبايتي:
 توصیه ها و اقدامات درماني:
 GFR : urine protein.....



برنامه جامع پیشگیری و کنترل دیابت

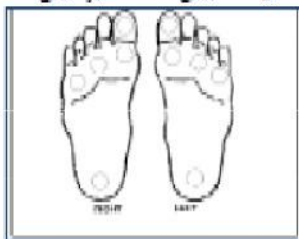
BP: / mmHg

۳- ارزیابی قلب و عروق: (شامل هایپرتانسیون / دیس لیپیدمی)

توصیه ها و اقدامات درمانی: نتایج الکتروکاردیوگرافی: طبیعی غیرطبیعی

نتایج تست متوفیلانمان ۵ نقطه ای طبیعی غیرطبیعی

۴- ارزیابی نوروپاتی دیابتی:



توصیه ها و اقدامات درمانی:

۵- نیاز به آزمایشات تکمیلی دارد: بلی خیر آزمایشات درخواستی:

۶- نیاز به ارجاع به سایر متخصصین یا فوق تخصصی دارد: بلی خیر ارجاع به

تاریخ مراجعه بعدی/...../۱۳

مهر و امضای پزشک متخصص داخلی

ج- ویزیت تخصصی چشم:

تاریخ ویزیت:/...../۱۳

رتبه‌بندی دیابتی				تاریخ ویزیت	کاتاراکت	فشار چشم	دقت بینایی
رتبه‌بندی پرروده راه و	رتبه‌بندی غیرروده راه راه		نرمال				
	خفیف	متوسط	شدید				

سایر مشکلات:

فوندوس فتوگرافی انجام شد (ضمیمه شود) انجام نشد

توصیه ها و اقدامات درمانی:

مهر و امضای واحد تخصصی چشم

تاریخ مراجعه بعدی/...../۱۳

د- نتایج سایر مشاوره های تخصصی: (در صورت لزوم)

نظریه متخصص / فوق تخصص: تاریخ ویزیت:/...../۱۳

توصیه ها و اقدامات درمانی:

مهر و امضای پزشک متخصص فوق تخصص

نظریه متخصص / فوق تخصص: تاریخ ویزیت:/...../۱۳

توصیه ها و اقدامات درمانی:

مهر و امضای پزشک متخصص فوق تخصص