

فرم ثبت اطلاعات ویزیت در واحدهای غیر واگیر

بخش اول - منشی

شناسه:	نام و نام خانوادگی:	تاریخ: ____ / ____ / ____	
شناسه کلاس آموزشی:	<input type="checkbox"/> مراجعه برای شرکت در کلاس آموزشی		
امکان پذیر بودن ویزیت <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	وقت قبلی	واجد شرایط غربالگری	<input type="checkbox"/> مراجعه اول
	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مراجعه غیر اول

بخش دوم - پرستار

وزن:	کیلوگرم	BM I:	GFR:	نبض:	تنفس:	دما:	فشارخون سیستولیک:	فشارخون دیاستولیک:						
<input type="checkbox"/> سالم		<input type="checkbox"/> مراجعه اول												
<input type="checkbox"/> مشمول آزمایش		تمایل به انجام آزمایش <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد												
<input type="checkbox"/> مراجعه غیر اول														
نتایج آزمایش ها	ACR	U-Cr	U-Alb.	GFR	P-Cr	SGPT	SGOT	HDL	LDL	Chol.	TG	2hPP	HbA _{1c}	FBS
تاریخ ویزیت بعد	____ / ____ / ____													
مرحله بعد	<input type="checkbox"/> ویزیت پزشک <input type="checkbox"/> ویزیت کارشناس تغذیه <input type="checkbox"/> خروج													

بخش سوم - پزشک

وضعیت غربالگری	<input type="checkbox"/> ادامه غربالگری	
	<input type="checkbox"/> خاتمه غربالگری	<input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> چاقی یا افزایش وزن به تنهایی <input type="checkbox"/> هیپرلیپیدمی <input type="checkbox"/> هیپرتانسیون <input type="checkbox"/> هیپرلیپیدمی و هیپرتانسیون
ارجاع	<input type="checkbox"/> مورد شناخته شده	<input type="checkbox"/> پره دیابت <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> دیابت بارداری <input type="checkbox"/> اختلال کلیوی
	ارجاع به:	تمایل به تحت نظر بودن <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
برنامه آموزش گروهی	ارجاع به:	تاریخ پیگیری ارجاع: ____ / ____ / ____
	شناسه	____ / ____ / ____
	عنوان	____ / ____ / ____
مشاوره تغذیه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تمایل به تحت نظر بودن در این واحد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
تاریخ ویزیت بعد	____ / ____ / ____	
مرحله بعد	<input type="checkbox"/> ویزیت پرستار <input type="checkbox"/> ویزیت کارشناس تغذیه <input type="checkbox"/> خروج	

بخش چهارم

– پزشکی و پرستار

برنامه آموزش گروهی (بر اساس نظر پرستار)	<input type="checkbox"/>		۱	اقداماتی که پرستار باید انجام دهد
شناسه	<input type="checkbox"/>	عنوان	۲	
	<input type="checkbox"/>		۳	
	<input type="checkbox"/>		۴	
	<input type="checkbox"/>		۵	
	<input type="checkbox"/>		۶	
	<input type="checkbox"/>		۷	
	<input type="checkbox"/>		۸	
		<input type="checkbox"/> ویزیت کارشناس تغذیه	<input type="checkbox"/> خروج	مرحله بعد

بخش پنجم: کارشناس تغذیه

برنامه آموزش گروهی	شناسه	عنوان
تاریخ ویزیت بعد	____ / ____ / ____	