



مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر و خاص
پرونده غربالگری و بیماریابی برنامه کشوری دیابت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی تهران

شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران

کد غربالگری:

پرونده بیماران

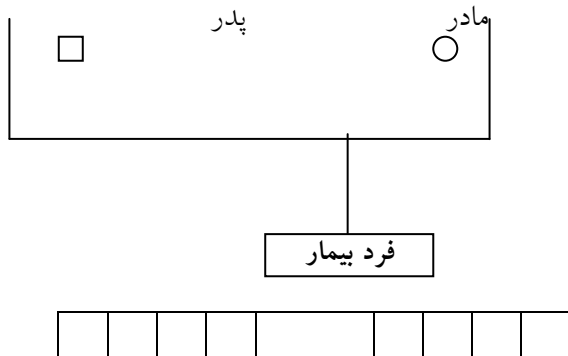
کد محل غربالگری کد شهرستان کد دانشگاه

کد واحد دیابت: □ □ □ □ □ □ □ □

سابقه پزشکی

تاریخچه فامیلی دیابت*: لطفاً از اعداد ذیل برای درج نوع بیماری استفاده کنید:

- عدد ۱ برای دیابت نوع ۱ عدد ۲ برای دیابت نوع ۲
- عدد ۳ برای اختلال تحمل گلوکز یا اختلال قند خون ناشتا عدد ۴ برای دیابت حاملگی
- برای نمایش فرزندان در صورت دختر بودن از علامت \bigcirc و در صورت پسر بودن از علامت \square استفاده کنید و در صورت بیماری اعداد بالا را برای تعیین نوع بیماری داخل آنها بنویسید.



سابقه پزشکی

بیماری قلبی عروقی:

- نارسایی قلبی سکته قلبی سکته مغزی فشار خون
- آنژین صدری درد ایسکمیک اندامها (لنگش متناوب)

چربی خون بالا:

- کلسترول تری گلیسیرید HDL

بیماری کلیه:

- میکروپرروتئین اوری ماکروپرروتئین اوری میکروآلبومینوری ماکروآلبومینوری
- بیماری مادرزادی نارسایی کلیه سنگ عفونت
- سندرم نفروتیک غیره

بیماری چشم:

- خونریزی ته چشم رتینوپاتی کاتاراکت سابقه لیزردرمانی غیره

غدد:

- هیپرتیروئیدی هیپوتیروئیدی گواتر کوشینگ غیره

نوروپاتی:

گزرگزو پارستزی ضعف عضلانی درد اندامها ناتوانی جنسی یا ایمپوتانس اختلال رفتاری غیره

بیماری گوارشی:

تهوع و استفراغ یبوست اسهال غیره

مشکلات در اندامها:

آمپوتاسیون سابقه زخم در پاها دفورمیتی در اندامها مشکلات حرکتی در مفاصل

سوابق اختصاصی زنان

سوابق سنین باروری:

۱. آیا سابقه نازایی دارد؟ خیر بله مدت (سال): علت:

۲. آیا سابقه حاملگی دارد؟ خیر بله تعداد:

۳. چه تعداد حاملگی یا تولد نوزاد زنده داشته است؟

۴. آیا سابقه سقط داشته است؟ خیر بله تعداد: علت:

۵. آیا سابقه مرده زایی داشته است؟ خیر بله تعداد:

۶. آیا سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم داشته است؟ خیر بله تعداد:

۷. آیا نوزادی با ناهنجاری های عمده مادرزادی به دنیا آورده است؟ خیر بله تعداد:

نوع ناهنجاری:

۸. آیا سابقه مصرف داروهای جلوگیری از بارداری داشته است؟ خیر بله مدت:

۹. آیا در حال حاضر هم داروهای فوق را مصرف می کند؟ خیر بله

سوابق یائسگی:

آیا یائسه شده است؟ خیر بله سن شروع یائسگی:

۱. علت یائسگی چه بوده است؟ طبیعی عمل جراحی غیره توضیح:

۲. بعد از یائسگی هورمون درمانی شده است؟ خیر بله مدت:

سابقه مصرف انواع دارو به غیر از داروهای دیابت*

ردیف	نام دارو	مقدار مصرف روزانه (میلی گرم)	تعداد دفعات مصرف در روز	مدت زمان	ملاحظات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

* اسامی داروهایی که در یک ماه اخیر مصرف کرده و یا در حال حاضر مصرف می کند.

نوع بیماری:

دیابت نوع ۱ دیابت نوع ۲ اختلال تحمل گلوکز اختلال قند خون ناشتا دیابت حاملگی
سن شروع بیماری: سالگی. مدت ابتلا به بیماری: ماه. سال (از زمان آگاهی از بیماری)

علت اولین مراجعه: اغما علائم کلاسیک بیماری عوارض مزمن زخم اندامها اتفاقی غیره:
در صورت مصرف انسولین در زمان مراجعه:

نوع انسولین: کریستال NPH حیوانی انسانی مدت مصرف انسولین: ماه. سال
میزن انسولین دریافتی:

صبح	NPH: واحد	گلازژین: واحد	۷۰/۳۰: واحد
عصر	NPH: واحد	گلازژین: واحد	۷۰/۳۰: واحد
ساعت:	کریستال: واحد	آسپارت: واحد	NOVOMIX: واحد
ساعت:	کریستال: واحد	آسپارت: واحد	NOVOMIX: واحد
ساعت:	کریستال: واحد	آسپارت: واحد	: واحد
ساعت:	کریستال: واحد	آسپارت: واحد	: واحد

توضیح:

در صورت مصرف داروهای خوراکی ضد دیابت در زمان مراجعه:

سولفونیل اورف نام دارو: تعداد مصرف روزانه قرص: نوع قرص: میلی گرم
مدت مصرف: ماه. سال

بیگوانیدین نام دارو: تعداد مصرف روزانه قرص: نوع قرص: میلی گرم
مدت مصرف: ماه. سال

سایر داروها: ۱- نام: مقدار مصرف روزانه ۲- نام: مقدار مصرف روزانه
۳- نام: مقدار مصرف روزانه

نتیجه آزمایشها

HbA ₁ C	آزمایش کامل ادرار	پروتئین ادرار (۲۴ ساعته) (میلی گرم)	LDL	HDL	کلسترول	تری گلیسیرید	کراتینین	BUN	FBS	تاریخ



معاینه فیزیکی

وزن: کیلوگرم . قد: . . . سانتی متر BMI: (براساس. نوموگرام BMI) تعداد نبض: در دقیقه.
فشار خون: خوابیده میلی متر جیوه . ایستاده: میلی متر جیوه .

ریتم نبض: منظم نامنظم در صورت نامنظم بودن توضیح دهید:

معاینه نبض های محیطی: طبیعی غیرطبیعی در صورت ضعیف یا غیرطبیعی بودن در مربع های زیر علامت بنماید.

راست: رادیال فمورال خلف تیبیا دور سال پدیس چپ: رادیال فمورال خلف تیبیا دور سال پدیس

معاینه سر و گردن:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه تیروئید:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه قلب:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه ریه:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه شکم:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه اندام ها:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه اعصاب:

طبیعی - در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

نوار قلبی: طبیعی

- در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

عکس سینه:

طبیعی

- در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

معاینه افتالموسکوپیک: طبیعی

- در صورتی که غیرطبیعی است توضیح دهید:

نام پزشک معاینه کننده: امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر:

مراقبت توسط پزشک

تاریخ:

فشار خون خوابیده: ایستاده: میلی متر جیوه . وزن: کیلوگرم .

شکایت:

معاینه:

ارزیابی:

تصمیمات:

نام پزشک: امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر:

تاریخ:

فشار خون خوابیده: ایستاده: میلی متر جیوه . وزن: کیلوگرم .

شکایت: معاینه:

ارزیابی:

تصمیمات:

نام پزشک: امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر:



مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر و خاص
 پرونده غربالگری و بیماریابی برنامه کشوری دیابت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
 بهداشتی درمانی تهران
 شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران

درمان دارویی ضد دیابت و تغییرات آن

ملاحظات	HbA _{1c}	آزمایش ادرار	قند خون ۱۰ شب	قند خون ۵ بعد از ظهر	قند خون دو ساعت بعد از صبحانه	قند خون ناشتا	میزان مصرف دارو		بیماری	نوع
							قرص (تعداد)	انسولین (واحد)		
							... * SU	... NPH	صبح	
							... ** BI	.. کریستال ..		
							... SU	.. کریستال ..	ظهر	
							... BI			
							... SU	... NPH	شب	
							... BI	.. کریستال ..		
							... SU	... NPH	صبح	
							... BI	.. کریستال ..		
							... SU	.. کریستال ..	ظهر	
							... BI			
							... SU	... NPH	شب	
							... BI	.. کریستال ..		
							... SU	... NPH	صبح	
							... BI	.. کریستال ..		
							... SU	.. کریستال ..	ظهر	
							... BI			
							... SU	... NPH	شب	
							... BI	.. کریستال ..		
							... SU	... NPH	صبح	
							... BI	.. کریستال ..		
							... SU	.. کریستال ..	ظهر	
							... BI			
							... SU	... NPH	شب	
							... BI	.. کریستال ..		

*SU: سولفونیل اوره
 **BI: بیگوانیدین



مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر و خاص
 پرونده غربالگری و بیماریابی برنامه کشوری دیابت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
 بهداشتی درمانی تهران
 شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران

ملاحظات	HbA _{1c}	آزمایش ادرار	قند خون ۱۰ شب	قند خون ۵ بعد از ظهر	قند خون دو ساعت بعد از صبحانه	قند خون ناشتا	میزان مصرف دارو			دارو	تذکره
							تعداد قرص در هر وعده	مقدار مصرف (میلیگرم-واحد)	زمان مصرف		
									صبحانه	بیگوانید	
									ناهار		
									شام		
									موقع خواب		
									صبحانه	سولفونیل اوره	
									ناهار		
									شام		
									موقع خواب		
									صبحانه	مهارکننده آنفالاگلیکوزیداز	
									ناهار		
									شام		
									موقع خواب		
									صبح	تيازولیدیندیون	
									عصر		
									صبحانه	مگلیتینیدها	
									ناهار		
									شام		
									موقع خواب		
									صبح	بن گلازژ	
									عصر		
									صبح	میکس نوو	
									عصر		
									صبح	ز اسپار	
									عصر		
									صبح	۷۰/۳۰	
									عصر		

بیگوانید : سولفونیل اوره : مهارکننده آلفاگلیکوزیداز :
 تيازولیدیندیون : مگلیتینیدها :



مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر و خاص
پرونده غربالگری و بیماریابی برنامه کشوری دیابت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی تهران
شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران

بسامد خوراک

نوع	تکرار در ماه	نوع	علت عدم مصرف	تکرار در ماه	نوع
۱. نان		۲۳. سبزیجات و برگ سبز			
۲. برنج		۲۴. کاهو			
۳. ماکارونی		۲۵. خیار			
۴. حبوبات		۲۶. گوشت قرمز			
۵. بیسکویت		۲۷. مرغ			
۶. شیر (نوع)		۲۸. ماهی (تازه، تن)			
۷. ماست، دوغ		۲۹. تخم مرغ			
۸. پنیر		۳۰. سوسیس، کالباس			
۹. سیب		۳۱. دل، جگر، قلوه			
۱۰. گلابی		۳۲. کره، سرشیر			
۱۱. آلو، زردآلو		۳۳. سس مایونز			
۱۲. خربزه، هندوانه، طالبی		۳۴. آجیل			
۱۳. انگور		۳۵. قند و شکر			
۱۴. هلو، شلیل		۳۶. عسل و مربا			
۱۵. گیلاس، آلبالو		۳۷. نوشابه گازدار			
۱۶. توت سفید		۳۸. شیرینی، آب نبات			
۱۷. خرما		۳۹. بستنی			
۱۸. مرکبات		۴۰. غذاهای سرخ کرده			
۱۹. انار		۴۱. روغن زیتون			
۲۰. کشمش، توت خشک					
۲۱. آب میوه					
۲۲. سبزی خوردن					

چندبار در روز میوه می خورید؟

آیا غذای دیگری غیر از فهرست بالا وجود دارد که شما به طور مرتب استفاده می کنید؟ خیر بلی

توضیح:

یادآمد خوراک ۲۴ ساعته

نهار					قبل از نهار					صبحانه					وعده غذایی
															صورت غذا
															اجزای مواد غذایی
															کد
															تعداد

بعد از شام					شام					عصرانه					وعده غذایی
															صورت غذا
															اجزای مواد غذایی
															کد
															تعداد

کارتکس پیگیری وضعیت تغذیه بیمار

کارتکس پیگیری وضعیت تغذیه بیمار	تاریخ

* Ideal Body Weight (وزن ایده‌ال بدن)

** Body Mass Index (نمایه توده بدنی)

برنامه کلاس‌های آموزشی

عنوان آموزش	تاریخ آموزش	ملاحظات
دیابت چیست؟		
عوارض حاد دیابت نوع ۱		
عوارض حاد دیابت نوع ۲		
عوارض مزمن دیابت نوع ۱		
عوارض مزمن دیابت نوع ۲		
کنترل متابولیک		
مراقبت‌های پزشکی		
دیابت و مسافرت		
دیابت و حاملگی		
تطابق روانی در دیابت		
انسولین و تزریق آن (۱)		
انسولین و تزریق آن (۲)		
داروهای ضد دیابت خوراکی		
تغذیه ۱		
تغذیه ۲		
تغذیه ۳		
اطلاعات ورزشی		
پرسش و پاسخ		

کارتکس پیگیری وضعیت آموزش

تاریخ	آموزش دهنده	موضوع آموزش	آموزش گروهی	آموزش فردی	مدت زمان هر نوبت آموزش بر حسب دقیقه