

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت- اجرا در مناطق شهری

فرم ارجاع از سطح اول به سطح دوم صفحه ۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

□ ارجاع از واحد دیابت: به مرکز تخصصی دیابت: شماره پرونده در واحد دیابت:

□ معرفی از مرکز تخصصی دیابت: به واحد دیابت: تاریخ معرفی:

نشانی محل مراجعه:
تلفن تماس محل مراجعه:

ساعت مراجعه:

الف- اطلاعات ارجاع: (این قسمت توسط سطح اول تکمیل می شود) تاریخ ارجاع:/...../۱۳

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: کد ملی: □□□□□□□□□□

وضعیت تأهل: شغل: تحصیلات:

نشانی: تلفن تماس:

تاریخ تشخیص بیماری: نوع ارجاع: □فوری □غیرفوری

علت ارجاع فوری: □ کاهش سطح هشیاری □ ابتلاء به عارضه (نوع عارضه:)

□ ارجاع به: علت ارجاع غیر فوری: □ بیمار جدید □ ارزیابی سالانه □ عدم پاسخ به درمان □ دیابت بارداری □ بیمار باردار

□ سایر:

نتایج آخرین آزمایشات:

تاریخ	آزمایش و نتیجه آن	تاریخ	آزمایش و نتیجه آن
۱۳.... / ... /	FBS: mg/dl HbA1c: %	۱۳.... / ... /	TG: Total Cholesterol LDL: HDL:
۱۳.... / ... /	Urine Albumin	۱۳.... / ... /	BUN: Cr:
۱۳.... / ... /	Urine Albumin/Cr mg/gr	۱۳.... / ... /	

تذکر مهم: همراه داشتن نتایج آزمایشات بیمار در مراجعه به مرکز تخصصی دیابت ضروریست.

وضعیت داروهای مصرفی:

مدت مصرف	دُز مصرفی	دارو

نام و امضای پزشک خانواده/ مهر مرکز:

تاریخ ویزیت:/...../۱۳

ب- ویزیت تخصصی چشم (این قسمت در مرکز تخصصی تکمیل می شود)

رتینوپاتی دیابتی				کاتاراکت	فشار چشم	دقت بینایی		
رتینوپاتی پرولیفراتیو	رتینوپاتی غیرپرولیفراتیو							نرمال
	شدید	متوسط	خفیف					
							چشم راست	
							چشم چپ	

سایر مشکلات:

فوندوس فتوگرافی □ انجام شد (ضمیمه شود) □ انجام نشد

توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....
.....
.....

نیاز به مشاوره فوق تخصصی: □ دارد □ ندارد ارجاع به:

مهر و امضای واحد تخصصی چشم:

تاریخ مراجعه بعدی:/...../۱۳

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت- اجرا در مناطق شهری

فرم ارجاع از سطح اول به سطح دوم صفحه ۲

تاریخ ویزیت:/...../۱۳

ج- ویزیت تخصصی (این قسمت توسط مرکز تخصصی تکمیل می شود)

۱- کفایت درمان و کنترل قند خون

HbA1c: % FBS: Bs2hpp:

توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....
.....
.....

نیاز به آزمایشات تکمیلی: ☐ دارد ☐ ندارد آزمایشات درخواستی:

نیاز به مشاوره فوق تخصصی: ☐ دارد ☐ ندارد ارجاع به:

۲- ارزیابی نوروپاتی دیابتی: eGFR : Urine Albumin/Cr (mg/gr)

..... بیماری -

مزمن کلیه (CKD) ☐ دارد ☐ ندارد

توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....
.....

نیاز به آزمایشات تکمیلی: ☐ دارد ☐ ندارد آزمایشات درخواستی: (نتایج ضمیمه شود)

نیاز به مشاوره فوق تخصصی: ☐ دارد ☐ ندارد ارجاع به:

BP: / mmHg

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

نیاز به انجام EKG ☐ دارد ☐ ندارد نتیجه EKG: ☐ طبیعی ☐ غیرطبیعی (ضمیمه شود)

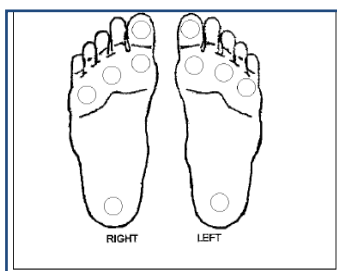
.....
.....

توصیه ها و اقدامات درمانی:

نیاز به اقدامات تشخیصی تکمیلی: ☐ دارد ☐ ندارد اقدامات درخواستی: (نتایج ضمیمه شود)

نیاز به مشاوره قلب و عروق: ☐ دارد ☐ ندارد ارجاع به:

۴- ارزیابی نوروپاتی دیابتی: نتایج تست دیاپازون: ☐ طبیعی ☐ غیرطبیعی



..... نتایج تست منو فلاما: ☐ طبیعی ☐ غیرطبیعی

نوروپاتی اتونوم: ☐ دارد ☐ ندارد

توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....
.....

نیاز به اقدامات تشخیصی تکمیلی: ☐ دارد ☐ ندارد اقدامات درخواستی:

نیاز به مشاوره تخصصی: ☐ دارد ☐ ندارد ارجاع به:

تاریخ مراجعه بعدی/...../۱۳

مهر و امضای پزشک متخصص:

خلاصه اقدامات انجام شده

.....
.....
.....

نام و امضای پذیرش مرکز: