

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:

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:
تاریخ تشخیص بیماری:

نوع ارجاع: فوری غیرفوری

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

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:

ب- ویزیت تخصصی چشم (این قسمت در مرکز تخصصی تکمیل می شود) تاریخ ویزیت: ۱۳...../...../.....

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

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 می‌شود)

۱- کفایت درمان و کنترل قند خون

HbA1c: % FBS: Bs2hpp:

توصیه‌ها و اقدامات درمانی:

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

نیاز به آزمایشات تکمیلی: دارد ندارد آزمایشات درخواستی:

نیاز به مشاوره فوق تخصصی: دارد ندارد ارجاع به:

eGFR :

Urine Albumin/Cr (mg/gr)

۲- ارزیابی نوروباتی دیابتی:

بیماری

مزمن کلیه (CKD) دارد ندارد

توصیه‌ها 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)

غیرطبیعی طبیعی (ضمیمه شود)

نتیجه EKG: طبیعی غیرطبیعی

نیاز به انجام EKG دارد ندارد

.....
.....

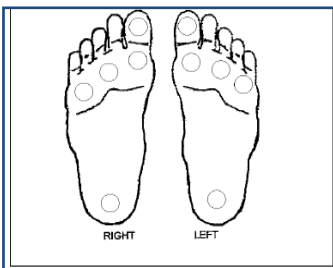
توصیه‌ها و اقدامات درمانی:

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

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

نتایج تست دیاپازون: طبیعی غیرطبیعی

۴- ارزیابی نوروباتی دیابتی



نتایج تست منو-فلامین: طبیعی غیرطبیعی

نوروباتی اتونوم: دارد ندارد

توصیه‌ها 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: