

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت - اجرا در مناطق شهری

فرم ارجاع از سطح اول به سطح دوم - صفحه ی ۱

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربیت جام

ارجاع از واحد دیابت **احمد آباد صولت** به مرکز تخصصی دیابت.....شماره پرونده درواحد دیابت:

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

نشانی محل مراجعه

تلفن تماس محل مراجعه

تاریخ 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 تاهل:

شغل:

تحصیلات:

نشانی:

تلفن تماس:

تاریخ تشخیص بیماری:

مصرف دخانیات:

**نتایج آخرین آزمایشات**

تاریخ	آزمایش و نتیجه	تاریخ	آزمایش و نتیجه
۱۳.../.../..	LDL:	۱۳.../.../....	HbA1c:
۱۳.../.../..	HDL:	۱۳.../.../....	دوساعته BS:
۱۳.../.../..	Cr:	۱۳.../.../....	آلبومین ۲۴ ساعته ادرار:
۱۳.../.../..	AST:	۱۳.../.../....	Urine Albumin/Cr: mg/gr
۱۳.../.../..	SG:	U/A*Gloose: protein: Keton: WBC: RBC: SG:	

تذکر مهم : همراه داشتن نتایج آزمایشات بیمار درمراجعه به مرکز تخصصی دیابت ضروری است.

**وضعیت داروهای مصرفی**

مدت مصرف	مقدار مصرفی	دارو

نام و امضای پزشک خانواده / مهر مرکز

**ب) ویزیت تخصصی چشم: این قسمت در مرکز تخصصی چشم تکمیل میشود: تاریخ ویزیت /.../.../ ۱۳**

رتینوپاتی دیابتی	رتینوپاتی غیر پرولیفراتیو	رتینوپاتی پرولیفراتیو	نرمال	کاتاراکت	فشار چشم	دقت بینایی	چشم راست	چشم چپ

سایر مشکلات:

فوندوس فتوگرافی: انجام شد(ضمیمه شود) انجام نشد

توصیه ها و اقدامات درمانی:

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

مهروامضای واحد تخصصی چشم.

تاریخ مراجعه ی بعدی / / ۱۳

برنامه کشوری پیش گیری و کنترل دیابت- اجرا در مناطق شهری

فرم ارجاع از سطح اول به سطح دوم - صفحه ۲

تاریخ: ...../...../۱۳ (ج) ویزیت تخصصی (این قسمت توسط مرکز تخصصی تکمیل می شود)

HbA1c: FBS: 2HPP: ۱- کفایت درمان و کنترل قندخون:

توصیه ها و اقدامات درمانی:

نیاز به آزمایشات تکمیلی: دارد ندارد  
آزمایشات در خواستی:

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

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

بیماری مزمن کلیه (CKD): دارد ندارد  
توصیه ها و اقدامات درمانی:

نیاز به آزمایشات تکمیلی: دارد ندارد  
نیاز به مشاوره ی فوق تخصصی: دارد ندارد ارجاع به:

BP: ارزیابی قلب و عروق: (هایپرتانسیون / دیسی لیپیدمی)

نیاز به انجام ECG: دارد ندارد نتیجه ECG: طبیعی غیر طبیعی (ضمیمه شود)  
توصیه ها و اقدامات درمانی:

نیاز به اقدامات تخصصی تکمیلی: دارد ندارد اقدامات در خواستی (نتایج ضمیمه شود):  
نیاز به مشاوره ی قلب و عروق: دارد ندارد ارجاع به:.....

ارزیابی نوروپاتی دیابتی: نتایج تست دیاپازون: طبیعی غیر طبیعی  
نتایج تست مونوفیلان: ۰ اگر می طبیعی غیر طبیعی

نوروپاتی اتونوم: دارد ندارد  
توصیه ها و اقدامات درمانی:

نیاز به آزمایشات تکمیلی: دارد ندارد  
نیاز به مشاوره ی فوق تخصصی: دارد ندارد ارجاع به:

مهر و امضای پزشک متخصص:

تاریخ مراجعه بعدی: ...../...../۱۳

خلاصه اقدامات انجام شده:

نام و امضای پذیرش مرکز:



