

دانشگاه..... مرکز بهداشت شهرستان مرکز سلامت جامعه..... پایگاه سلامت..... خانه بهداشت

مراقبت ادغام یافته خدمات نوین سلامت میانسالان - فرم شماره ۱ (مراقبت دوره ای سلامت زنان ۵۹-۳۰ سال)

مشخصات فردی		شماره پرونده خانوار									
نام و نام خانوادگی.....		تاریخ تولد/...../.....		کد ملی							
تحصیلات		وضعیت شغلی..... شغل..... وظیفه شغلی.....									
وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدا از همسر <input type="checkbox"/> فوت همسر <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> دوری بیش از ۶ ماه به دلایل دیگر <input type="checkbox"/> ()		تعداد فرزندان									
آدرس محل سکونت:		تلفن منزل.....		تلفن محل کار.....							
تلفن همراه.....		تلفن همراه.....									
بیمه پایه : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		تحت پوشش سازمانهای حمایتی و خیریه: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>									

تن سنجی	اندازه	شاخص	اندازه	طبیعی	لاغری	اضافه وزن	چاقی	چاقی شکمی
قد (متر)		نمایه توده بدنی		BMI = ۱۸.۵-۲۴.۹ < ۹۰ دورکم	BMI < ۱۸.۵	BMI = ۲۵-۲۹.۹	BMI ≥ ۳۰	≥ ۹۰ دورکم
وزن (کیلوگرم)		دور کم (سانتی متر)						

تغذیه: ممنوعیت/ محدودیت/ بیماری/ رژیم غذایی خاص/ در یک سال گذشته: ندارد دارد نوع علت

مکمل مصرفی علت مصرف مصرف منظم مکمل ویتامین د دارد ندارد مکمل ویتامین د تجویز و اهمیت و نحوه مصرف آن آموزش داده شد

مصرف گروه‌ها و مواد غذایی	امتیاز ۲ (مطلوب)	امتیاز ۱ (نسبتاً نامطلوب)	امتیاز ۰ (نامطلوب)	عادات غذایی	امتیاز ۲ (مطلوب)	امتیاز ۱ (نسبتاً نامطلوب)	امتیاز ۰ (نامطلوب)
مصرف معمول روزانه لبنیات	۲-۳ واحد <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	مصرف معمول مصرف معمول نوشیدنی های گازدار ، فست فود، سوسیس، کالباس، پیتزا و...	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	بیشتر از ۲ بار در ماه <input type="checkbox"/>
مصرف معمول روزانه میوه ها	۲-۴ واحد <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	نوع روغن مصرفی (معمولی و سرخ کردنی)	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ واحد <input type="checkbox"/>	فقط روغن جامد، نیمه جامد، حیوانی <input type="checkbox"/>
مصرف معمول روزانه سبزیها	۳-۵ واحد <input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ واحد <input type="checkbox"/>	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	استفاده از نمکدان سرفره توسط فرد	مصرف نمی کند/ بندرت <input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ واحد <input type="checkbox"/>	همیشه <input type="checkbox"/>

آموزش : مصرف ماهی ۲ بار در هفته/ حیوانات/ تخم مرغ/ لبنیات کم چرب / نان سبوس دار ، کاهش مصرف سرخ کردنی/ انواع شیرینی/ تنقلات کم ارزش مانند چیپس و...، جداسازی پوست مرغ و چربی گوشت، استفاده از مواد غذایی تازه برای طبخ غذا ، طبخ بخارپز و تنوری

امتیاز الگوی تغذیه =

فعالیت جسمانی : در صورت عدم فعالیت جسمانی یا محدودیت و ممنوعیت در انجام آن علت را مشخص و در صورت وجود بیماری ، ارجاع دهید.						
ندارد (ثبت علت)		دارد				
		نوع	شدت	مدت در روز (دقیقه)	تعداد روزها در هفته	زمان در هفته (دقیقه)
		انواع پیاده روی				
		ورزشی تفریحی.....				
		شغلی				

امتیاز	اصلا (۰)	بندرت (۱)	گاهی (۲)	بیشتر (۳)	همیشه (۴)	امتیاز ۱۰ بالاتر = دیسترس روانشناختی دارد	امتیاز کمتر از ۱۰ = دیسترس روانشناختی ندارد،
دیسترس روانشناختی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟	
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری می کردید؟	
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس غم و اندوه می کردید؟	
						چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن کارهای روزمره برای شما خیلی سخت است؟	
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس نا امیدی می کردید؟	
						چقدر(هرچند وقت یک بار) در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	
ابتلا به سایر بیماریهای خفیف یا شدید روانی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> (نوع.....) در صورت ابتلا به افسردگی و بیماری روانی سوال کنید افکار خودکشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> سابقه اقدام به خودکشی ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>							

بررسی سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری های واگیر / وجود علائم یا عوامل خطر					
بیماری / علامت / عامل خطر	بلی	خیر	بیماری / علامت / عامل خطر	بلی	خیر
سابقه ابتلا به سل در فرد			ابتلا به هیپاتیت		
سابقه ابتلا به سل در افراد خانواده			سابقه ابتلا به هیپاتیت در همسر		
سابقه سرفه بیش از ۳ هفته، همراه با تب و تعریق یا خلط مداوم			در معرض خطر بیماریهای منتقله از راه خون		

مراقبت دوره باروری، پیش یائسگی و یائسگی زنان: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات سلامت زنان به پس از زایمان موکول شود. در صورت احتمال بارداری، برای قطعی شدن بارداری اقدام و در صورت تمایل به بارداری طی یک سال آینده، خدمات سلامت زنان و مراقبت پیش از بارداری انجام شود. سوالات با شرایط مراجعه کننده مانند سن، تاهل و ... تطبیق داده شود.

سن اولین قاعدگی...../...../..... سن اولین زایمان..... سن یائسگی قطعی..... تعداد بارداری..... تعداد زایمان..... سابقه شیردهی(ماه).....	سن اولین قاعدگی...../...../..... سن اولین زایمان..... سن یائسگی قطعی..... تعداد بارداری..... تعداد زایمان..... سابقه شیردهی(ماه).....							
وضعیت باروری	بلی(نوع)	خیر	علائم /شکایات	بلی(نوع)	خیر	علائم / بیماری ها	بلی(نوع)	خیر
بارداری/ احتمال بارداری			خونریزی غیر طبیعی واژینال * (قبل از یائسگی/پس از یائسگی)			گرگرفتگی/ تعریق شبانه		
تمایل به بارداری تا یک سال بعد			لکه بینی(بعد مقاربت / بین قاعدگی)			احساس خشکی واژن		
سابقه هورمون درمانی(استروژنی تنها)			درد هنگام مقاربت			سابقه ضایعات پیش بدخیم/ بدخیم دهانه رحم		
نیاز به مشاوره فرزند آوری سالم			ترشح واژینال غیرطبیعی/ بدبو			سابقه انجام رادیوتراپی / شیمی درمانی/ جراحی		
شیردهی در حال حاضر			ترشح مجرا/ زخم تناسلی همسر			سابقه فردی سرطان پستان/ تخمدان		
ناباروری (مردانه، زنانه/ اولیه، ثانویه)			در معرض خطر عفونت آمیزشی / ایدز			سابقه خانوادگی سرطان پستان / تخمدان*		
سابقه سقط/ مرده زایی/ ماکروزومی			اختلال رابطه زناشویی / جنسی			سایر بیماریهای تشخیص داده شده فعلی.....		

* ایگو منوره، هیپو منوره / آمنوره (غیر حاملگی) - منو مترو رازی / هیپرمنوره / پلی منوره - ** حد اقل دو فامیل با سرطان پستان در یک سمت فامیل با هر سن، حد اقل یک فامیل با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل

امتیاز	اصلا (۱)	بندرت (۲)	گاهی (۳)	بیشتر اوقات (۴)	همیشه (۵)	ارزیابی خشونت خانگی در زنان متأهل: امتیاز بالاتر از ۱۰ = در معرض خشونت خانگی (همسر آزاری) یا آزمون Hits مثبت
						آیا همسر شما تا کنون شما را کتک زده است؟
						آیا همسر شما هر تا کنون به شما توهین کرده است؟
						آیا همسر شما تا کنون شما را تهدید به آسیب کرده است؟
						آیا همسر شما تا کنون بر سر شما فریاد زده است؟
در صورت امتیاز بالاتر از ۱۰ و تمایل فرد به دریافت کمک ارجاع به روانشناس/ پزشک						

معاینات : معاینه ژنیکولوژی برای زنان حداقل یک بار ازدواج کرده انجام شود.

معاینه ژنیکولوژی / آموزش همزمان کگل	دارد (نوع)	ندارد	معاینه پستان / آموزش همزمان خود آزمایی پستان	دارد (نوع)	ندارد
زخم / ضایعه / نمای غیرطبیعی در پینه یا ولو			نمای ظاهری غیرطبیعی (اندازه، قرینگی)		
ترشح واژینال غیرطبیعی (رنگ، بو، مقدار و...) از نظر عفونت یا بدخیمی)			تغییرات غیر طبیعی نیل و پوستی پستان(پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی، زخم ، پوسته پوسته شدن)		
آتروفی/ خشکی و شکنندگی واژن / واژینیسموس			ترشح از پستان (خودبخودی، سروزی، خونی، چرکی و...) / یک یا دو طرفه / از یک یا چند مجرا		
ضایعات سرویکس (سرویسیت، پولیپ، زخم، برجستگی و.....)			توده پستان (محل، قوام، اندازه، چسبندگی و...)		
وضعیت غیر طبیعی در معاینه رحم و آدنکسها			توده زیر بغل/ فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل)		
سایر			سایر		
آموزش ورزش کگل انجام شد <input type="checkbox"/>			آموزش خود آزمایی پستان انجام شد <input type="checkbox"/>		

به علت نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط..... دارد . علت مراجعه بعدی..... تاریخ مراجعه بعدی..... نام و امضای بهورز / مراقب سلامت

پاراکلینیک : در مورد سرطان دهانه رحم آموزش داده شد <input type="checkbox"/> نمونه غربالگری سرطان دهانه رحم : تهیه شد <input type="checkbox"/> تهیه نشد <input type="checkbox"/> علت.....									
نوع آزمایش	تاریخ انجام	طبیعی	غیر طبیعی	نامشخص	نوع آزمایش	تاریخ انجام	طبیعی	غیر طبیعی	نامشخص
HPV DNA test *					ماموگرافی**				
پاپ اسمیر**					سونوگرافی				

HPV DNA test * : طبیعی (منفی) اقدام بعدی در غربالگری بعدی - مثبت از نظر ۱۶ و ۱۸ ارجاع به سطح تخصصی - مثبت از نظر سایر موارد به جز ۱۶ و ۱۸ با نتیجه پاپ اسمیر طبیعی یا نامناسب یا ناکافی انجام تست اج پی وی و پاپ اسمیر تا یک سال بعد - مثبت با پاپ اسمیر ASCUS، دیس پلازی، نئو پلازی، LSIL، HSIL و... ارجاع به سطح ۲ * پاپ اسمیر: طبیعی= نرمال، متاپلازی - غیر طبیعی = کد ۱. التهاب، کد ۲. ASCUS، کد ۳. مشکوک به بدخیمی (دیس پلازی، نئو پلازی، LSIL، HSIL و...) - نامشخص/ نیازمند تکرار : عدم کفایت/ ناموفق
**** ماموگرافی** : طبیعی (BIRAD یک) - نامشخص: BIRAD صفر (ارزیابی ناقص) - غیر طبیعی / نیازمند پیگیری = کد ۲: BIRAD دو (تغییرات خوش خیم) ، کد ۳: BIRAD سه (احتمالا خوش خیم : لزوم پیگیری و تکرار مامو گرافی)، کد ۴: BIRAD چهار و کد ۵ : BIRAD پنج (مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی)

طبقه بندی : نتیجه ارزیابی (نیاز مند اقدام / نا مطلوب/ غیر طبیعی / در معرض خطر / / مشکوک / بیمار*) - دور کد مربوطه دایره بکشید.	خلاصه اقدامات * انجام شده توسط بهورز / مراقب سلامت/ ماما	نتیجه ارجاع ** : تشخیص نهایی
تن سنجی نامطلوب : ۱. اضافه وزن ۲. چاقی ۳. چاقی شکمی ۴. لاغری یا کاهش وزن	امتیاز الگوی تغذیه و تن سنجی =	
تغذیه نامطلوب از نظر : ۱. لبتیات ۲. سبزی ۳. میوه ۴. عادات غذایی نامناسب		
فعالیت بدنی : ۱. نا مطلوب ۲. مطلوب		
مصرف مواد دخانی : ۱. مصرف سیگار یا قلیان یا انواع دیگر ماده دخانی ۲. وابستگی به نیکوتین		
وابستگی / اختلال مصرف مواد : ۱. داروها ۲. الکل ۳. مواد افیونی، محرک آمفتامینی وحشیش)		
غیرواگیر : ۱. بیماری عروق کرونر/ سکت قلبی ۲. سکت مغزی ۳. دیابت ۴. فشارخون بالا ۵. اختلال چربی خون ۶. پره دیابت ۷. پره هایپر تنشن		
خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی: (۱) کمتر از ۱۰ درصد (۲) ۱۰-۱۹ درصد (۳) ۲۰-۲۹ درصد (۴) ۳۰ درصد و بالاتر		
سرطان: ۱. کولورکتال ۲. پستان ۳ . سرویکس ۴. در معرض خطر..... ۵. مشکوک به..... ۶. ایبلا به سایر سرطانها.....		
اختلال اعصاب و روان: ۱. دیسترس روانشناختی ۲. بیماری یا اختلال اعصاب روان تشخیص داده شده (نوع.....)		
واگیر : ۱. عفونت آمیزشی (نوع.....) ۲. ایدز ۳. هپاتیت ۴. سل ۵. در معرض خطر ۶. مشکوک به.....		
موربیدیتی باروری/ یائسگی : ۱. خونریزی غیر طبیعی ۲. یائسگی قطعی ۳. علائم/ عوارض یائسگی (نوع) ۴. اختلال عملکرد جنسی ۵. ناباروری (نوع) ۶. شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار ۷. سایر مشکلات و بیماریهای تشخیص داده شده (پولیپ، فیبروم، PCOD، آندومترئوز و..... ۸. مشاوره مورد نیاز (نوع)		

* مواردی که به عنوان بیمار در ستون اول کد می گیرند، افرادی هستند که بیماری آنها از قبل توسط پزشک تشخیص داده شده * اقدامات : آموزش/ تعیین مرحله رفتار/ مشاوره رفتاری، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، واکسیناسیون، مکمل یاری، معاینات خاص، درمان غیر دارویی/ دارویی، تهیه نمونه/ درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی/ ارجاع درمانی *** بازخورد ارجاع از پزشک مرکز / کارشناس تغذیه/ روانشناس بر اساس موارد ستون طبقه بندی به عنوان تشخیص نهایی در این ستون نوشته شود. به علت نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط..... دارد . علت مراجعه بعدی..... تاریخ مراجعه بعدی..... نام و امضای ماما.....