فرم غربالگری و بیماریابی دیابت و

مرکز بهداشتی‌درمانی: ..... شهری☐ روستایی☐ دانشکده علوم پزشکی و خدمات

خانهٔ بهداشت: ..... مرکز بهداشت شهرستان: .....

روستا: ..... اصلی☐ قمر☐ سال: .....

۱. ردیف	۲. نام و نام خانوادگی	۳. جنسیت	۴. تاریخ تولد	۵. شمارهٔ خانوار	۶. تاریخ مراجعه	غربالگری و بیماریابی فشار خون بالا							غربالگری دیابت							
						۷. سابقهٔ بیماری فشار خون بالا	فشار خون بالا برحسب mmHg			۱۱. تاریخ ارجاع	نتیجهٔ غربالگری فشار خون بالا			۱۵. قد	۱۶. وزن	۱۷. BMI	۱۸. سابقهٔ دیابت	۱۹. سابقهٔ دیابت در خانواده	۲۰. سابقهٔ سقط، مرده‌زایی و تولد نوزاد بیشتر از ٤kg	۲۱. سابقهٔ دیابت در حاملگی‌های قبلی	۲۲. حاملگی
							۸. نوبت اول	۹. نوبت دوم	۱۰. میانگین		۱۲ سالم	۱۳ بیمار قبلی	۱۴ بیمار جدید								

فشار خون بالا(فرم شمارهٔ ۱)

بهداشتی‌درمانی: .... جمعیت تحت پــوشش: ....

.... جمعیت ۳۰ ساله و بــالاتر: مرد ....زن ....

به

			بیماریابی دیابت													عوارض دیابت						
نتیجهٔ غربالگری دیابت			۲۶. تاریخ ارجاع	نتیجهٔ بیماریابی در سال اول				۳۱. تاریخ ارجاع در سال دوم	نتیجهٔ بیماریابی در سال دوم			۳۵. تاریخ ارجاع در سال سوم	نتیجهٔ بیماریابی در سال سوم			۳۹. کوری	۴۰. دیالیز	۴۱. قطع پا	۴۲. سکتهٔ قلبی	۴۳. سکتهٔ مغزی	۴۴. مرگ	۴۵. ملاحظات
۲۳. سالم	۲۴. در معرض خطر	۲۵. بیمار قبلی		۲۷. سالم	۲۸. پره‌دیابتیک	۲۹. دیابت حاملگی	۳۰. بیمار		۳۲. سالم	۳۳. پره‌دیابتیک	۳۴. بیمار		۳۶. سالم	۳۷. پره‌دیابتیک	۳۸. بیمار							