

تاریخ ویزیت: ۱۳...../...../.....

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

۱- کفایت درمان و کنترل قند خون:

HbA1c: % FBS: Bs2hpp: توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....

.....

.....

۲- ارزیابی نوروباتی دیابتی: GFR : urine protein.....

.....

.....

.....

توصیه ها و اقدامات درمانی:

۳- ارزیابی قلب و عروق: (شامل هایپر تانسیون / دیس لیپیدمی) BP: / mmHg

.....

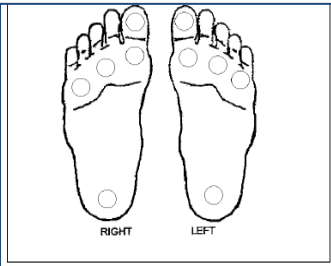
.....

.....

توصیه ها و اقدامات درمانی:

نتایج الکتروکار دیوگرافی: طبیعی غیر طبیعی

۴- ارزیابی نوروباتی دیابتی: نتایج تست منوفیلانمان ۵ نقطه ای طبیعی غیر طبیعی



.....

.....

.....

توصیه ها و اقدامات درمانی:

۵- نیاز به آزمایشات تکمیلی دارد: بلی خیر آزمایشات درخواستی:

.....

.....

.....

۶- نیاز به ارجاع به سایر متخصصین یا فوق تخصص دارد: بلی خیر ارجاع به

تاریخ مراجعه بعدی ۱۳...../...../.....

مهر و امضای پزشک ارجاع دهنده

تاریخ مراجعه بعدی ۱۳...../...../.....

این قسمت در صورت لزوم توسط مرکز تخصصی دیابت تکمیل می گردد.

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