

فرم ارجاع به مرکز تخصصی دیابت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

ارجاع از واحد دیابت: به مرکز تخصصی دیابت: شماره پرونده در واحد دیابت:
 نشانی محل مراجعه:
 تلفن تماس محل مراجعه: ساعت مراجعه:

الف - اطلاعات ارجاع: (این قسمت توسط واحد دیابت تکمیل می شود) تاریخ ارجاع: ۱۳...../...../.....

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: کد ملی:
 وضعیت تاهل: شغل: تحصیلات:
 نشانی:
 تاریخ تشخیص بیماری:

Wt: Ht: BMI: B.P. :/..... mgHg
 علت ارجاع: بیمار جدید ارزیابی سالانه عدم پاسخ به درمان دیابت بارداری بیمار باردار
 ابتلاء به عارضه (نوع عارضه:)
 نتایج آخرین آزمایشات:

تاریخ انجام آزمایش تاریخ انجام آزمایش
 FBS: mg/dl ۱۳...../...../..... TG: Total Cholesterol: ۱۳...../...../.....
 HbA1c: % ۱۳...../...../..... LDL: HDL: ۱۳...../...../.....
 BUN: Cr: ۱۳...../...../..... urine protein(2 ah)..... ۱۳...../...../.....
 GCT (BS) OGTT: FBS 1 HBS 2 HBS
 Other:.....

داروهای مصرفی؛ دوز و تاریخ شروع:

.....

تذکر مهم: همراه داشتن نتایج آزمایشات بیمار در مراجعه به مرکز تخصصی دیابت ضروریست.

نام و امضای پزشک واحد دیابت/ مهر مرکز

ب - ویزیت تخصصی چشم: تاریخ ویزیت: ۱۳...../...../.....

رتینوپاتی دیابتی			ماکولا			کاتاراکت	فشار چشم	دقت بینائی	
رتینوپاتی غیر پرولیفراتیو			ادم کلیتیکال	ادم	جل				
رتینوپاتی پرولیفراتیو	بند	موت				نرمال			
									چشم راست
									چشم چپ

سایر مشکلات:

.....
 فوندوس فتوگرافی انجام شد (ضمیمه شود) انجام نشد
 توصیه ها و اقدامات درمانی:

مهر و امضای واحد تخصصی چشم

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

.....

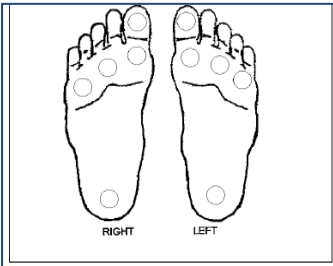
.....

.....

نتایج الکتروکار دیوگرافی: طبیعی غیر طبیعی

توصیه ها و اقدامات درمانی:

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: