فرم غربالگری و بیماریابی دیابت و فشار خون بالا(فرم شمارهٔ ۱)

کد محل غربالگری کد شهرستان کد دانشگاه

کد واحد دیابت: ☐☐☐ ☐☐ ☐ ☐

مرکز بهداشتی‌درمانی شهری: ....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: ....

پایگاه (مشارکتی)/ خانه بهداشت:...................

مرکز بهداشت شهرستان:.........

بیمارستان: ....

سال: ....

درمانگاه (بخش خصوصی):.............................

مطب : ....

۱. ردیف	۲.کد ملی	۳. نام و نام خانوادگی	٤. جنسیت	۵. تاریخ تولدروز/ماه/سال	۶. تاریخ مراجعه روز/ماه/سال	غربالگری و بیماریابی فشار خون بالا								غربالگری دیابت														بیماریابی دیابت																دیابت بارداری (آزمایشGTT)					کنترل متابولیک	
						۷. سابقهٔ بیماری فشار خون بالا	فشار خون بالا برحسب mmHg			۱۱. مصرف دخانیات	نتیجهٔ غربالگری فشار خون بالا			۱۵. قدcm	۱۶. وزنKg	BMI .۱۷	۱۸.دور کمرcm	۱۹.دور باسنcm	۲۰. نسبت دور کمر/ دور باسن	۲۱. سابقهٔ دیابت	۲۲. سابقهٔ دیابت در خانواده	۲۳. سابقهٔ سقط، مرده‌زایی و تولد نوزاد بیشتر از ٤kg	۲٤. سابقهٔ دیابت بارداری در حاملگی‌های قبلی	۲۵. حاملگی	نتیجهٔ غربالگری دیابت			۲۹. تاریخ انجام آزمایش	نتایج تست های آزمایشگاهی								نتیجهٔ بیماریابی							٤٥. تاریخ انجام آزمایش	٤٦. ناشتا	٤٧. یک ساعت	٤٨. دو ساعت	٤٩. قند ٦ هفته پس از ختم بارداری	۵۰. تاریخ انجام آزمایش HbA_1c	۵۱. میزان HbA_1c
							۸. نوبت اول	۹. نوبت دوم	۱۰. میانگین		۱۲ سالم	۱۳ بیمار قبلی	۱۴ بیمار جدید												۲۶. سالم	۲۷. در معرض خطر	۲۸. بیمار قبلی		FBS.۳۰	FBS.۳۱ نوبت ۲	CHOLESTROL.۳۲	LDL .۳۳	HDL .۳٤	TRIGLYCRIDE .۳۵	CERATININE .۳٦	URINE ALBUMIN.۳۷	۳۸. دیابت	۳۹. اختلال قند ناشتا	۴۰. هایپر کلسترولمی	۴۱. هایپرتری گلیسریدمی	۴۲. بیماری مزمن کلیوی	۴۳ سندرم متابولیک	۴۴.دیابت بارداری							