

پرونده بیماران دیابتی

واحد دیابت

7/20/2013

اداره غدد و متابولیک

تیرماه ۱۳۹۲

کد ملی :

کد پستی:

نام :

نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: روز/ماه/سال

تاریخ مراجعه: روز/ماه/سال قد:

سانتیمتر وزن:

کیلوگرم

علت مراجعه: غربالگری و بیماریابی / ویزیت روتین دیابت (سه ماهه) / غربالگری عوارض دیابت (سالانه) / اورژانس / ویزیت دیابت بنا به تشخیص پزشک / ارجاع به مرکز دیابت / پس خوردن به واحد دیابت / ویزیت فشار خون بالا / ویزیت چربی خون بالا / ویزیت نارسائی کلیه / ویزیت تغذیه / ویزیت پرستار

ورزش: تعداد جلسات ورزشی حداقل ۳۰ دقیقه ای در طول هفته پیاده روی دقیقه روزانه دقیقه در هفته

نیاز به مشاوره تغذیه: دارد ندارد نیاز به مشاوره پرستاری: دارد ندارد

انجام خودپایشی قند خون SMBG بلی خیر تعداد دفعات روزانه تعداد دفعات در هفته

متوسط مقدار قند خون در یک ماه گذشته بر اساس SMBG: ناشتا دو ساعت بعد از صبحانه قبل از نهار دو ساعت بعد از نهار قبل از شام دو ساعت بعد از شام قبل از خواب

در صورت مصرف انسولین در زمان مراجعه:

نوع انسولین: انسانی

حیوانی نو ترکیب

آنالوگ

کریستال (رگولار) میزانشولیندریافتی روزانه: واحد تعداد دفعات تزریق (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

NPH میزانشولیندریافتی روزانه: واحد تعداد دفعات تزریق (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

کلارژین □ میزان انسولین دریافتی روزانه: □□□ واحد تعداد دفعات تزریق □ (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

آسپارت □ میزان انسولین دریافتی روزانه: □□□ واحد تعداد دفعات تزریق □ (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

۷۰/۳۰ □ میزان انسولین دریافتی روزانه: □□□ واحد تعداد دفعات تزریق □ (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

نوومیکس □ میزان انسولین دریافتی روزانه: □□□ واحد تعداد دفعات تزریق □ (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

۵۰/۵۰ □ میزان انسولین دریافتی روزانه: □□□ واحد تعداد دفعات تزریق □ (صبحانه/نهار/شام/قبل از خواب/عصر)

مدت مصرف انسولین: □□ ماه □□ سال روش تزریق: سرنگ □ قلم (PEN) □ پمپ انسولین □

هیپرتروفی محل تزریق □ ندارد □ دارد □

در صورت مصرف داروهای خوراکی کاهنده قند خون در زمان مراجعه:

۱ - سولفونیلاوره □ نامدارو: مقدار مصرف روزانه: □□□ میلی گرم دفعات مصرف روزانه: □ (یک تا چهار بار)

مدت مصرف: □□ ماه □□ سال

۲ - بیگوانیدین □ نامدارو: مقدار مصرف روزانه: □□□ میلی گرم دفعات مصرف روزانه: □ (یک تا چهار بار)

مدت مصرف: □□ ماه □□ سال

۳ - تیازولیدیندیون □ نام دارو: مقدار مصرف روزانه: □□□ میلی گرم دفعات مصرف روزانه: □ (یک تا چهار بار)

مدت مصرف: □□ ماه □□ سال

عوارض دیابت

چشم ها

رتینوپاتی در بدو تشخیص ندارد دارد (غیر پرولیفراتیو پرولیفراتیو سابقه لیزر تراپی و بترکتومی اسکار)

نتیجه معاینه ته چشم با افتالموسکوپ طبیعی غیر طبیعی

فوندوسفتوگرافی طبیعی غیر طبیعی

نیاز به لیزر فتوکواگولاسیون ندارد دارد

تاری دید ندارد دارد

دوبینی ندارد دارد

کاهش تیزبینی ندارد دارد چشم راست / چشم چپ /

کاهش ناگهانی دید ندارد دارد

رتینوپاتی زمینه ای دیابتی ندارد دارد (خفیف - متوسط - شدید)

رتینوپاتی پرولیفراتیو دیابتی ندارد دارد

نئوواسکولاریزاسیون ندارد دارد

خونریزی ویتره	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
اگزودا ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>	
ادمماکولا	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
دکولمان رتین	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
کاتاراکت	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> (SNOW FLAKE <input type="checkbox"/>)
گلوکوم	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
فشار چشم	<input type="checkbox"/>

کلیه ها

هیپرتانسیون	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
ادم	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
میکروپروتئینوری ندارد	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
ماکروپروتئینوری	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
میکروآلبومینوری ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>	

ماکروآلبومینوری ندارد دارد

نفروباتی دیابتی ندارد دارد (مرحله یک افزایش فیلتراسیون گلوبومرولی / مرحله دو ضایعه ابتدائی گلوبومرولی /

مرحله سه میکروآلبومینوری / مرحله چهار ماکروآلبومینوری / مرحله پنج ESRD

سایر گلوبومرولوپاتی ها ندارد دارد

افت حاد GFR ندارد دارد

سندروم نفروتیک حاد ندارد دارد

نارسائی حاد کلیه ندارد دارد

نارسائی مزمن کلیه ندارد دارد

ESRD ندارد دارد

نیاز به دیالیز ندارد دارد نوبت در هفته

نیاز به پیوند کلیه ندارد دارد

نوروباتی

درگیری اعصاب حسی حرکتی محیطیندارد دارد

درگیری سیستم اعصاب اتونوم ندارد دارد

پلی نوروپاتی قرینه انتهائی ندارد دارد

نوروپاتی موضعی ندارد دارد

گاستروپارزی ندارد دارد

یبوست ندارد دارد

اسهال دیابتی ندارد دارد

مثانه نوروژنیک ندارد دارد

ایمپوتانس (ED) ندارد دارد

هیپوتانسیونار توستاتیک ندارد دارد

NCV طبیعی غیرطبیعی

تفسیر:

EMG طبیعی غیرطبیعی

تفسیر:

معاینه اندام

سوزش در اندامها ندارد دارد پای راست پای چپ

گزر و پارسستی در اندامها	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
درد در اندامها	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
لنگش CLAUDICATION	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
سابقه قطع عضو(ناشی از دیابت)	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
تغییر شکل اندام	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
خشکی پوست	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
پینه یا CALLUS / ترک خوردگی (مخصوصاً پاشنه پا)	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
زخم / گانگرن / ضربه	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
عفونت زخم	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
ایسکمی اندام	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
نازکی و براق شدن پوست پا	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
کاهش تراکم و ریختن موهای ساق پا	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
آتروفی عضلات بین متاتارس ها (پنجه غازی)	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
نبض DP	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>
نبض PT	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	پای راست <input type="checkbox"/> پای چپ <input type="checkbox"/>

پای راست <input type="checkbox"/>	پای چپ <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	حس مونوفیلانمان (g1۰)
پای راست <input type="checkbox"/>	پای چپ <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	PIN PRICK (NEUROTIP)
پای راست <input type="checkbox"/>	پای چپ <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	CHIROPODY
		طبیعی <input type="checkbox"/>	غیرطبیعی <input type="checkbox"/>	معاینه با دیاپازون
ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/>	نیاز به کفش طبی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	پدوگرافی

اقدامات درمانی:

		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	کم کردن فشار روی ضایعه
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	تجویز آنتی بیوتیک
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	دبریدمان
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	راديوگرافی
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	بیوپسی
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	جراحی عروق
		خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	آمپوتاسیون

(BK انگشتان پنجه سایم مچ پا بالای مچ)

قلبی عروقی

سوابق

سوابق خانوادگی بیماری قلبی عروقی زودرس (بیش از ۶۰ سالگی) دارد ندارد

درد قفسه سینه (ANGINA) دارد ندارد

علائم ایسکمی قلبی دارد ندارد

سابقه MI دارد ندارد

سابقه CVA یا TIA دارد ندارد

سابقه CABG دارد ندارد

علائم

پلاک آترواسکلروز دارد ندارد

هیپر تروفی بطن چپ دارد ندارد

کاردیومیوپاتی دیابتی دارد ندارد

آریتمی دارد ندارد

UNSTABLE ANGINA

STABLE ANGINA

نارسائی قلبی

تاکیکاردی سینوسی

QT طولانی (بیش از ۵۰٪ زمان RR)

تفاوت QT در لیدهای مختلف (بیش از ۴۰ میلی ثانیه)

تفاوت کمتر از ۱۰٪ در فاصله RR در جریان مانور والسالوا

سقوط فشار سیستولی بیش از ۲۰ میلیمتر جیوه در حالت ایستاده

تغییر ضربان قلب کمتر از ۱۰ در دم و بازدم

نوار قلب (ECG) طبیعی غیرطبیعی نام برید:

رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی غیرطبیعی نام برید:

سونوگرافی شکم/کبد/کلیه طبیعی غیرطبیعی نام برید:

داپلر طبیعی غیرطبیعی نام برید:

ویزیت پزشک

تاریخ:

فشار خون خوابیده:

ایستاده: میلی متر جیوه

وزن: کیلوگرم

شکایت:

معاینه:

ارزیابی:

تصمیمات:

ارجاع به متخصص جهت بررسی یا غربالگری عوارض بلی خیر

ارجاع به متخصص جهت بررسی مقاومت به درمان بلی خیر

ادامه درمان قبلی بلی خیر

تغییر در درمان بلی خیر

نام پزشک:

امضا، شماره نظام پزشکی و مهر:

مشاوره تخصصی و فوق تخصصی

نام: نام خانوادگی: کدملی: جنس: سال تولد: نوع دیابت:

مدت ابتلا: سال نوع درمان: رژیم غذایی داروی خوراکی انسولین انسولین و داروی خوراکی

همکار محترم خواهشمند است ^{جناب آقای} _{سرکار خانم} خود را مرقوم فرمایید.

نوع مشاوره تخصصی:

علت ارجاع

نام پزشک ارجاع دهنده:

امضا، شماره نظام پزشکی و مهر:

نظر مشاور: (پس خوانند)

توصیه و دستورات درمانی و مراقبتی

مراجعه بعدی:

نام پزشک مشاور:

امضا، شماره نظام پزشکی و مهر:

داروها:

فشارخون

چربی خون

نارسائی کلیه

جدول اهداف درمان:

ویزیت	ویزیت	ویزیت	ویزیت	تاریخ ویزیت	هدف درمان	کنترل بد	قابل قبول	حد مطلوب	
									تاریخ معاینه
						موجود باشد	ازبین بروند	ازبین بروند	علائم دیابت
						$140 \text{ mg/dl} <$	$140 \text{ mg/dl} \geq$	$70-120 \text{ mg/dl}$	FBS
						$180 \text{ mg/dl} <$	$180 \text{ mg/dl} \geq$	$90-140 \text{ mg/dl}$	2hpp
						$240 \text{ mg/dl} <$	$240 \text{ mg/dl} \geq$ ۲۰۰	$200 > \text{mg/dl}$	کلسترول

					$200 \text{ mg/dl} <$	$200 \text{ mg/dl} \geq$	$150 > \text{mg/dl}$	تری گلیسیرید
					$130 \text{ mg/dl} <$	$130 \text{ mg/dl} \geq$	$100 > \text{mg/dl}$	LDL
					در $35 > \text{mg/dl}$ مردها در $45 > \text{mg/dl}$ زن‌ها	$35-45 \text{ mg/dl}$ در مردها $45-50 \text{ mg/dl}$ در زن‌ها	در $45 \text{ mg/dl} <$ مردها در $50 \text{ mg/dl} <$ زن‌ها	HDL
					$\frac{130}{80} < \text{mm/Hg}$	$\frac{130}{80} \text{ mm/Hg} \geq$	$\frac{120}{80} \text{ mm/Hg} \geq$	فشار خون
					بیش از ۷٪	مساوی یا کمتر از ۷٪	کمتر از ۶.۵٪	HbA _{1c}
					27 Kg/m^2 به بالا	$25-27 \text{ Kg/m}^2$	$20-25 \text{ Kg/m}^2$	نمایه توده‌ی بدنی BMI

ارزیابی وضعیت تغذیه:

۱. وزن: □□□ کیلوگرم
۲. قد: □□□ سانتی‌متر
۳. وزن ایده‌آل **IBW**: □□□ کیلوگرم
۴. دور سینه دست: □□ سانتی‌متر

۵. جثه: ریز متوسط درشت
۶. فعالیت: سبک متوسط سنگین بسیار سنگین
۷. قطع عضو: ندارد دارد توضیح دهید:
۸. آیا اخیراً تغییر وزن داشته‌اید؟ خیر بلی اگر بلی، تعیین کنید: کاهش وزن افزایش وزن کیلوگرم / در مدت ماه
۹. آیا در غذا خوردن مشکلی دارید؟ خیر بلی
- بی‌اشتهایی تهوع استفراغ ترش کردن دل‌پیچه نفخ
۱۰. عادات غذایی
- صبحانه خیر بلی چه ساعتی؟
- میان‌وعده صبح خیر بلی چه ساعتی؟
- ناهار خیر بلی چه ساعتی؟
- میان‌وعده خیر بلی چه ساعتی؟
- شام خیر بلی چه ساعتی؟
- قبل از خوابیدن خیر بلی چه ساعتی؟
۱۱. حساسیت یا عدم تحمل مواد غذایی وجود دارد؟ خیر بلی نام مواد غذایی:
۱۲. از چه روغنی برای پخت‌وپز و یا تهیه سالاد یا سایر غذاها استفاده می‌کنید؟
- جامد مایع نباتی حیوانی زیتون کره مارگارین کانولا آفتاب گردان ذرت نارگیل هسته انگور سویا مایونز سایر
- نام ببرید:
۱۳. در هفته چند بار وعده‌های ذیل را خارج از منزل میل می‌کنید؟ صبحانه ناهار شام
۱۴. معمولاً به چه نوع رستوران‌هایی مراجعه می‌کنید؟ فست‌فود چلوکبابی سفره‌خانه‌های سنتی قهوه‌خانه (دیزی) کافیشاپ رستوران (ایرانی - فرنگی) سایر نام ببرید:
۱۵. بطور متوسط روزانه چند عدد میوه‌ها چند لیوان آبمیوه می‌میکنید؟ عدد میوه لیوان آبمیوه (هر لیوان معادل ۲۲۰ تا ۲۴۰ میلی‌لیتر)

۱۶. بطور متوسط روزانه چند وعده (سهم-واحد) سبزیجات میل می کنید؟ سهم (واحد)/ روزانه

۱۷. بطور متوسط هر هفته چند نوبت صبحانه سرشار از فیبر میل می کنید؟

روزانه ۴-۵ نوبت در هفته ۲-۳ نوبت در هفته یکبار در هفته بندرت

۱۸. بطور متوسط هر هفته چند نوبت گوشت قرمز میل می کنید؟

روزانه ۴-۵ نوبت در هفته ۲-۳ نوبت در هفته یکبار در هفته بندرت

۱۹. بطور متوسط هر هفته چند نوبت گوشت سفید (مرغ) میل می کنید؟

روزانه ۴-۵ نوبت در هفته ۲-۳ نوبت در هفته یکبار در هفته بندرت

۲۰. بطور متوسط هر هفته چند نوبت ماهی میل می کنید؟

روزانه ۴-۵ نوبت در هفته ۲-۳ نوبت در هفته یکبار در هفته بندرت

۲۱. روزانه چند ساعت تلویزیون نگاه می کنید؟ نگاه نمی کنم ۱ ساعت/ روزانه ۲-۳ ساعت/ روزانه ۴ ساعت/ روزانه

۲۲. بطور متوسط هر هفته چند بار دسر یا شیرینی میل می کنید؟ نوبت در هفته

۲۳. معمولاً چه نوشابه های میل می کنید؟ آب آبمیوه نوشابه های گازدار نوشابه های گازدار رژیمی سودا انرژی زا آبیستی شیر (پرچرب کم

چرب بدون چربی) الکل سایر نام ببرید:

۲۴. میزان انرژی مورد نیاز روزانه برای حفظ وزن فعلی: کیلوکالری

۲۵. میزان انرژی مورد نیاز روزانه که توسط کارشناس تغذیه توصیه شده است: کیلوکالری

کار تکسپیگیر یو وضعیت تغذیه فرد:

تاریخ	توصیه ها و دستورات تغذیه ای

دهان و دندان:

۱. تعداد دندانها : فک بالا عدد فکپائین عدد
۲. تعداد دندان پر شده و نوع پرکردگی: فک بالا عدد فکپائین عدد
آمالگام کامپوزیت
۳. تعداد دندان کشیده شده یا افتاده : فک بالا عدد فکپائین عدد
۴. دندان مصنوعی؟ فک بالا : خیر بلی تعداد فکپائین: خیر بلی تعداد
- ایمپلنت: خیر بلی تعداد

وضعیت آموزش بیماران دیابتی

تاریخ	نام مدرس	موضوع آموزش	مدت زمان آموزش انفرادی /	مدت زمان آموزش گروهی /	ملاحظات

	دقیقه	دقیقه			
			چاقی و اضافه وزن		
			دیابت چیست؟		
			انواع دیابت (دیابت نوع ۱)		
			انواع دیابت (دیابت نوع ۲)		
			انواع دیابت (دیابت بارداری)		
			پیشگیری و کنترل عوارض حاد دیابت (کتواسیدوز)		
			پیشگیری و کنترل عوارض حاد دیابت (کما بیها پیراسمولار)		
			پیشگیری و کنترل عوارض حاد دیابت (هایپوگلیسمی)		
			پیشگیری و کنترل عوارض دیررس دیابت (رتینوپاتی)		
			پیشگیری و کنترل عوارض دیررس دیابت (نفروپاتی)		
			پیشگیری و کنترل عوارض دیررس دیابت (نوروپاتی)		
			پیشگیری و کنترل عوارض دیررس دیابت (قلبی-عروقی)		
			پیشگیری و کنترل عوارض دیررس دیابت (پایه‌پایستی)		
			اهمیت کنترل قند خون (کنترل متابولیک)		
			نقش رژیم غذایی و ورزش در کنترل قند خون		
			نحوه صحیح انجام ورزش و فعالیت بدنی		
			تغذیه و دیابت ۱		
			تغذیه و دیابت ۲		
			تغذیه و دیابت ۳		
			اهمیت کنترل چربی و فشار خون		
			انواع داروهای خوراکی کاهنده قند خون و اهمیت آنها ۱		
			انواع داروهای خوراکی کاهنده قند خون و اهمیت آنها ۲		

			انواع انسولین و روش تزریق آن ۱		
			انواع انسولین و روش تزریق آن ۲		
			دیابت و مسافرت		
			دیابت و بارداری		
			تطابق روانی در دیابت		
			مراقبت‌های پزشکی قبل و بعد از جراحی		
			اهمیت خودپایشی قند خون و روش انجام آن ۱		
			اهمیت خودپایشی قند خون و روش انجام آن ۲		
			جمع دقایق آموزش فردی و گروهی		