

<p align="center">فرم پسخوراند</p>	<p align="center">فرم ارجاع</p>	<p align="center">"ته برگ فرم ارجاع"</p>
<p>از : مرکز بهداشتی درمانی / بیمارستان / پزشک متخصص</p> <p>به: خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی / مرکز بهداشتی درمانی</p> <p align="center">همکار ارجمند با سلام</p> <p>بیمار در تاریخ با وضعیت قید شده در فرم ارجاع در مرکز / بیمارستان..... پذیرش و ارزیابی و معاینه شد و تشخیص های</p>	<p>شماره پرونده..... شماره ته برگ..... تاریخ ارجاع...../...../.....</p> <p>از : خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشتی.....</p> <p>به : مرکز بهداشتی درمانی / بیمارستان / پزشک متخصص.....</p> <p>همکار ارجمند با سلام، بیمار با نام و نام خانوادگی..... سن.....</p> <p align="center">با نشانه ها و علایم:</p> <p>کاهش اشتها- کاهش وزن ناخواسته- کاهش بینایی- کاهش شنوایی- غم/بی حوصلگی- صبح زودتر از خواب بیدار شدن/شب دیرتر به رختخواب رفتن / مشکل به خواب رفتن/ بیدار شدن های شبانه- تکرر ادرار / شب ادراری/مختل شدن جریان ادرار/احساس ناگهانی و ریزش ادرار- سرفه بیش از ۲ هفته</p>	<p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>.....</p> <p>سن سالمند:</p> <p>.....</p> <p>علت ارجاع:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>..... برای وی داده شد.</p> <p align="center">لازم است برای وی:</p> <p>پیگیری در هر ماه و ارجاع پس از ۳ ماه برای بیماری های</p>	<p align="center">و عوامل خطر:</p> <p>فشارخون بالا -LDL بالا- HDL پایین - چاقی - لاغری- دخانیات- ورزش نامستمر- مصرف کورتون- بیوست- سقوط- افت فشارخون وضعیتی- عدم توانایی انجام کار های روزانه- تماس با فرد مبتلا به سل- حساسیت شدید به واکنس</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>پیگیری هر ۳ ماه و ارجاع پس از ۶ ماه برای بیماری های</p>	<p align="center">و آزمون های تشخیصی مثبت / غیر طبیعی:</p> <p>نجوا- استرس - ذهن سپاری- یادآوری- تعادل در وضعیت ثابت/ حرکت-خلط اسمیر خلط مثبت</p>	<p>تاریخ ارجاع:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>مراقبت دوره ای یک یا ۳ سال بعد برای بیماری های</p>	<p align="center">و سابقه بیماری / بیماری های</p> <p>آنژین /سکته قلبی-سکته مغزی-بیماری کلیه-دیابت/اختلال قندخون ناشتا-پوکی استخوان/ شکستگی - فلج شدید- دهان و دندان</p>	<p>شماره ته برگ:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>انجام شود. بیمار در تاریخ با تشخیص های فوق ترخیص / ارجاع شد.</p>	<p align="center">و درمان های</p> <p>معرفی می گردد. خواهشمند است نتیجه کار را پس از درج در فرم پسخوراند به مبدأ عودت دهید.</p> <p>نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده</p>	<p>شماره پرونده</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>نام و نام خانوادگی پسخوراند دهنده</p> <p align="center">سمت:</p>	<p align="center">سمت</p>	<p>توجه : این ته برگ در مبدأ بایگانی می گردد.</p>