

فرم ارزیابی مراقبت های غیر حضوری (تلفنی) بیماران توسط پزشکان خانواده / سلامت کار

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پرسنلی :	نسبت با شاغل :
نام و نام خانوادگی پزشک :	شغل :	شرکت فرعی :

سوابق قبلی پرونده بیمار :

دیابت ☐	فشارخون بالا ☐	بیماری IHD ☐	اضافه وزن / چاقی ☐	اختلال لیپید ☐	سن :
بیماری زمینه ای ☐ : نام بیماری زمینه ای :					
آخرین تاریخ معاینه شغلی و نتیجه :					
سابقه دارویی / پاراکلینیک :					

تماس های بدون پاسخ : ☐ تماس اول ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس دوم ؛ تاریخ تماس : ☐ تماس سوم ؛ تاریخ تماس :
ارزیابی وضعیت فعلی بیمار :

از بیمار سوال گردد	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱ ارزیابی وضعیت سلامت عمومی ، روانی ، قد و وزن فرد با سوالات باز			
۲ آیا فعالیت بدنی انجام می دهید؟ چگونه؟			
۳ ارزیابی رژیم غذایی متناسب با وضعیت سلامتی و در صورت افزایش / کاهش وزن چه اقدامی انجام داده اید؟			
۴ آزمایش های سالیانه و تکمیلی وی را متناسب با بیماری مزمن ارزیابی و نوبت بعدی برای مراجعه حضوری را تعیین کنید			
۵ مبتلا به بیماری مهم و جدید از فرد پرسش و ثبت گردد			
۶ علایم و سوابق قبلی از جمله بستری به علت کووید را در بیمار یا اطرافیان وی ارزیابی کنید			
۷ در مورد زنان وضعیت بارداری / منوپوز وی را ارزیابی کنید ؟			
۸ آیا سیگار یا الکل مصرف می کنید؟			
۹ در افراد واجد شرایط در مورد تکمیل واکسیناسیون پرسش نمایید ؟ (کودک ، نوجوان ، مادر باردار)			
۱۰ - وسایل اندازه گیری قند خون / فشارسنج در منزل دارد ؟ نحوه کار بررسی گردد (۲)			
۱۱ - شغل فعلی فرد پرسش گردد و وضعیت استفاده از قانون دورکاری مشخص شود			
سوالات اختصاصی دیابت از بیمار پرسش گردد	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱۲ چگونه و چند وقت یکبار قند خونتان را اندازه گیری می کنید؟ (عدد قند خون را یادداشت کنید) (۲)			
۱۳ - آیا در ۶ ماه اخیر آزمایشات پیگیری و HbA1C انجام دادید؟ (ثبت نتایج)			
۱۴ - علایم Red flag دیابت مانند هیپوگلیسمی / هیپرگلیسمی مطابق دستورالعمل ارزیابی و نتایج را یادداشت نمایید؟ (۳)			
۱۵ علایم مرتبط با عوارض مزمن دیابت را ارزیابی کنید (زخم پا، بی حسی و گزگز اندامها، تاری دید، کاهش هوشیاری، ورم اندام، کاهش ادرار ، درد قفسه صدري) (۳)			

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پرسنلی :	نسبت با شاغل :
----------------------------	----------------	----------------

سوالات اختصاصی بیماری فشارخون بالا از فرد پرسش گردد	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱۶ چگونه و چندوقت یکبار فشار خون را اندازه گیری می کند؟			
۱۷ بررسی شود اعداد فشار خون بیمار به هدف درمانی وی رسیده است؟ آخرین عدد فشار خون یادداشت گردد؟			
۱۸ Red flag فشارخون مانند کریز فشارخون و یا افت فشارخون مطابق دستورالعمل ارزیابی و یادداشت گردد؟ (۳)			
سوالات اختصاصی اختلال لیپید	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۱۹ چگونه و چندوقت یکبار چربی خون را اندازه گیری می نماید و در صورت انجام آزمایش آخرین نتیجه یادداشت گردد			
۲۰ بیماری های مرتبط مانند کم کاری تیروئید ارزیابی شود			
۲۱ Red flag های دیس لیپیدی مانند تری گلیسرید بیش از ۵۰۰ و .. ارزیابی و یادداشت شود			
سوالات اختصاصی ASCVD RISK /IHD	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۲۲ - وضعیت ابتلا به بیماری IHD را ارزیابی و در صورت عدم ابتلا به IHD بارز ، ASCVD RISK محاسبه و توصیه مرتبط داده شود			
۲۳ - آخرین وضعیت اقدام درمانی وی ارزیابی شود (درمان جراحی / درمان دارویی و ...)			
۲۴ Red flag های مرتبط با درد قفسه سینه و یا نارسایی قلبی ارزیابی و اقدام مرتبط را توصیه نماید (۳)			
بررسی عوارض و ارزیابی های تکمیلی بیماری های مزمن / زمینه ای (۴)	خلاصه پاسخ بیمار	نتیجه (۱)	توصیه ها
۲۵ - ارجاعات سالیانه وی مانند قلب و چشم را ارزیابی کنید (۵)			
۲۶ - تشخیص ابتلای فرد به بیماری زمینه ای با پرسش مستقیم اطمینان حاصل کنید و در باره روش درمان با وی صحبت نمایید			
۲۷ Red flag های مرتبط با بیماری زمینه ای و یا عوارض درمان دارویی را ارزیابی نمایید			
۲۸ نوع داروی مصرفی و نحوه مصرف آن را ارزیابی و مشکلات وی را پرسید			
۲۹ نحوه تامین دارو را ارزیابی کنید (۶)			

(۱) می توان از عدد و یا بیان مطلوب/ نامطلوب / ... استفاده نمود

(۲) ارزیابی وجود گلوکومتر / دستگاه فشارخون در منزل، نحوه استفاده صحیح و زمان اندازه گیری و همسان سازی آن با استاندارد اهمیت دارد

(۳) اورژانس های بیماری دیابت / فشارخون بالا / IHD را بشناسید و در اسرع وقت اقدام لازم برای ارجاع به مرکز درمانی مناسب را انجام دهید

(۴) برای افراد ی که نیاز به انجام آزمایش یا ارجاع دارند با هماهنگی با مرکز درمانی خود زمان مراجعه و انجام آزمایش و ویزیت متخصص را تعیین کنید

(۵) از دستورالعمل پزشک خانواده و یا ایراین استفاده کنید

(۶) برای تامین دارو ی مصرفی و یا تغییر دز دارویی با داروخانه مرکز هماهنگی لازم را انجام دهید

نتیجه مراقبت غیرحضورى :

☐ نیاز به مراجعه حضوری تاریخ و علت مراجعه : ☐ نیاز به ارجاع / مشاوره تلفنی تاریخ ارجاع : نوع کلینیک :

☐ نیاز به پیگیری مجدد : تاریخ پیگیری بعدی : ☐ پیگیری کننده :

مهر و امضای پزشک : تاریخ و ساعت تماس :