

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

مشخصات فردی	
نام پدر	نام خانوادگی
<input type="checkbox"/> سطح تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ایلی <input type="checkbox"/> بیرستان <input type="checkbox"/> دیپ <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر <input type="checkbox"/> لیسانس وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بی <input type="checkbox"/> خا <input type="checkbox"/> دار <input type="checkbox"/> مح <input type="checkbox"/> دانش <input type="checkbox"/> از کار <input type="checkbox"/> ه نوع شغل <input type="checkbox"/> ...	نام تاریخ تولد / /
محل اقامت فعلی: خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> آدرس تلفن ثابت: تلفن همراه: آدرس ایمیل:	
بیمه پایه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
اطلاعات اختصاصی	
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/> 2- دانشجوی بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت تاهل تعداد فرزندان: وضعیت عمومی خانواده: <input type="checkbox"/> زندگی با پدر و مادر <input type="checkbox"/> زندگی با مادر <input type="checkbox"/> زندگی با پدر <input type="checkbox"/> زندگی با افرادی غیر از والدین (ذکر نسبت سرپرست): * درجه خویشاوندی: ۱- خاله زاده، دایی زاده، عمه زاده، عمو زاده ۲- نوه خاله، نوه عمو و ۳- سایر	

نمایه توده بدنی (BMI)				قد (متر)	وزن (کیلوگرم)
۳۰ و بالاتر	۲۵ - ۲۹/۹	۱۸/۵ - ۲۴/۹	کمتر از ۱۸/۵		

غربالگری رفتارهای تغذیه ای : وسط مراقب سلامت تکمیل شود.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- مصرف میوه روزانه چقدر است؟
۲ تا ۴ سهم یا بیشتر <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ سهم <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز <input type="checkbox"/>	۲- مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟
۳ تا ۵ سهم <input type="checkbox"/>	کمتر از ۳ سهم <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز <input type="checkbox"/>	۲- چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته)
بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲- ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز <input type="checkbox"/>	۳- مصرف فست فود و /یا نوشابه های گازدار چگونه است؟
ماهی یکی دوبار <input type="checkbox"/>	هفته ای دو بار یا بیشتر <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز <input type="checkbox"/>	۴- واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟
۲ سهم یا بیشتر <input type="checkbox"/>	کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز <input type="checkbox"/>	۵- آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟
همیشه <input type="checkbox"/>	گاهی <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	کمتر از ۱۵۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	بندرت/هرگز <input type="checkbox"/>	۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف میکنید؟
فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی) <input type="checkbox"/>	فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/>	فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/>	فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/>	فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/>	

سوالات غربالگری سلامت روان					
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلا	نمی داند
					۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید، مضطرب و عصبی هستید؟
					۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می‌کردید؟
					۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی‌قراری می‌کردید؟
					۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می‌کردید؟
					۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می‌کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟
					۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی‌ارزشی می‌کردید؟

غربالگری سلامت روان : امتیاز دهی : همیشه=۴ بیشتر اوقات=۳ گاهی اوقات=۲ بندرت=۱ اصلا=۰

سابقه بیماری فرد : (توسط مراقب سلامت تکمیل شود)	
۱- دارو	حساسیت به: پنی سیلین <input type="checkbox"/> آسپیرین <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> توضیح داده شود:
۲- بیماری عفونی	سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر: توضیح داده شود.
۳- اختلالات خون	کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> تالاسمی مینور <input type="checkbox"/> تالاسمی ماژور <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
۴- گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۵- بیماری قلبی عروقی	فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>
۶- غدد و متابولیسم	چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/>
۷- کلیه و مجاری ادراری	پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>
۸- مغز و اعصاب	صرع <input type="checkbox"/>
سایر	سابقه خالکوبی یا تاتو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ناپیئایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/> ناشنوایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/>
	۹- اختلالات روانپزشکی تأیید شده اختلال دوقطبی <input type="checkbox"/> اختلال اضطرابی <input type="checkbox"/> اختلال سایکوتیک <input type="checkbox"/> قصد یا اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> پرخاشگری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
	۱۰- تناسلی واژینیت <input type="checkbox"/> میوم <input type="checkbox"/> تومورهای تخمدان <input type="checkbox"/> کیست تخمدان <input type="checkbox"/> توده یا ترشح غیرطبیعی پستان <input type="checkbox"/> عفونت های منتقله جنسی: سوزاک <input type="checkbox"/> سفلیس <input type="checkbox"/> تب خال تناسلی <input type="checkbox"/> زخم و زگیل تناسلی <input type="checkbox"/>
	۱۱- زنان سیگار <input type="checkbox"/> قلیان <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/> : توضیح دهید:
	۱۲- سابقه مصرف بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید:
	۱۳- نقص عضو ۱- سابقه عمل جراحی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
	۱۴- سوابق بیمارستانی ۲- سابقه بستری شدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
	۱۵- سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
	۱۶- رفتار جنسی غیر ایمن بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۱۷- سابقه رفتن زندان: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

غربالگری خودکشی، صرع، معلولیت ذهنی

سوال	بلی	خیر
آیا هیچ گاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟		
آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده‌اید؟		
آیا هر چند وقت یک بار در بیداری یا در خواب به مدت چند دقیقه دچار حمله تشنج یا غش می‌شود، بیهوش شده و دست و پا می‌زند، زبانش را گاز می‌گیرد و از دهانش کف (گاه خون آلود) خارج می‌شود و بعد از بازگشت به حالت عادی از وقایع پیش آمده چیزی را به خاطر نمی‌آورد		
در صورت شنوا بودن: متوجه صحبت دیگران نمی‌شود یا قادر نیست به آن پاسخ دهد.		
قادر نیست کارهای شخصی خود را مانند غذا خوردن، توالی رفتن یا لباس پوشیدن را انجام دهد.		
نمی‌تواند به طور مناسب و فعال با همسالان خود ارتباط برقرار کند		
توانایی یادگیری در حد همسالان خود ندارد.		
بیماری شناخته شده‌ای دارد که باعث ناتوانی ذهنی شده است		

بررسی خسونت خانگی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی
<p>از زنان متأهل سوال شود:*</p> <p>زن ها و شوهرها گاهی از دست هم عصبانی می شوند که این عصبانیت گاهی منجر به فریادزدن، تهدید به آسیب، توهین و یا کتک کاری می شود. آیا تاکنون همسر شما:</p>	<p>هیچ وقت به ندرت گاهی اغلب همیشه</p> <p>□ □ □ □ □</p> <p>□ □ □ □ □</p> <p>□ □ □ □ □</p> <p>□ □ □ □ □</p> <p>۱. شما را کتک زده است</p> <p>۲. به شما توهین کرده است</p> <p>۳. شما را به آسیب تهدید کرده است</p> <p>۴. سر شما فریاد زده است</p>
<p>از همه مراجعین سوال شود که آیا در خانواده آنها موارد ذیل وجود دارد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> فرد دارای معلولیت جسمی، روانی*** فرد مبتلا به بیماری خاص**** فرد مبتلا به اعتیاد***** فرد زندانی فقر***** 	<p>پاسخ مثبت به یکی از مشکلات مذکور</p>
	<p>از مراجعین سرپرست خانوار سوال شود</p> <p>آیا شاغل است؟</p>
	<p>بلی</p> <p>خیر</p>

(ب) سابقه بیماری در خانواده (منظور پدر و مادر، خواهر و برادر می باشد) (توسط مراقب سلامت تکمیل شود)

۱- دیابت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۶- سرطان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۱- اختلالات روانپزشکی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>
۲- سکته قلبی در کم تر از ۵۵ سالگی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۷- سل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۲- در صورتی که سوال ۸ مثبت است لطفاً نوع آن را مشخص فرمایید:	
۳- سکته مغزی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۸- همیپاتیت	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۳- بیماری های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری)	
۴- چربی خون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۹- ایدز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۴- سابقه مصرف مواد دخانی بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	
۵- فشارخون بالا	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۰- اگر جواب سوال ۶ مثبت است لطفاً نوع آن را شرح دهید:		۱۶- سابقه مصرف سایر مواد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	
۱۷- سابقه زندان	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>	۱۸- سابقه خالکوبی یا تاتو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی داند <input type="checkbox"/>		نابینایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/>	
				ناشنوایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/>	
				سایر (توضیح دهید):	

ارزیابی اولیه (غیر پزشکی)

بی گیری	توضیحات	نتیجه ارجاع			ارجاع	مشکوک	اختلال ندارد	اختلال دارد	عضو
		مشکوک	بیماری	اختلال					
							۱۴۰/۹۰	قلب و عروق (فشارخون بالا)	
							سیستول دیاستول		
								دهان و دندان - دندان درد یا - تورم و پارگی و خونریزی از بافت یا - آبرسه دندان یا - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان ،	
								تغییر رنگ دندان به سیاه یا قهوه ای ، - لثه پر خون و قرمز و متورم ، - بوی بد دهان ، - جرم دندانی ، - زخم یا موارد غیر طبیعی در داخل دهان	
								ریه : سابقه تشخیص آسم توسط پزشک ، تجویز اسپری استنشاق توسط پزشک طی یک سال گذشته ، وجود علائم تنفسی شامل سرفه بیش از ۴ هفته ، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی) طی یک سال گذشته	
								سابقه تماس با فرد مبتلا به سل یا سرفه طول کشیده بیشتر از دو هفته	
								سابقه / سوء مصرف مواد مخدر ، محرک ، سابقه یا وجود ارتباط جنسی خارج از چارچوب خانواده ، سابقه زندان در فرد ، شریک جنسی / همسر ، سابقه انجام خالوبی ، تاتو و حجامت ، سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم ، ابتلای شریک جنسی / همسر به ایدز یا بیماری های آمیزشی ، سابقه مصرف مواد مخدر ، محرک قبل از ارتباط جنسی	
								سابقه ارتباط جنسی با شرکای جنسی متعدد	
								بروز زردی / پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع	

معاینه پزشکی

نتیجه		نوع معاینه	نتیجه		نوع معاینه (اورژانسها)
غیر طبیعی	طبیعی		ندارد	دارد	
		وضعیت عمومی (کم خونی و.....) وجود رنگ پریدگی دائمی زبان و مخاط			افکار خودکشی، اقدام به خودکشی
		اندازه گیری فشار خون			اورژانس روانپزشکی (پرخاشگری)
		وضعیت قلبی عروقی			تنگی مردمک (یا گشادی مردمک به دلیل نرسیدن اکسیژن ناشی از بیش مصرفی شدید) و یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی: خواب‌آلودگی و اغماء کلام جویده جویده اختلال در توجه و حافظه
		وضعیت ریه			
		تیروئید			
		شکم			
		دستگاه اورژانس			توده شکمی، تب، تاکی کاردی و علائم شوک، تورم و درد در هنگام معاینه در چرخش، بلا بردن بیضه دارد و سابقه ضربه مثبت به بیضه، حال عمومی بد
		دستگاه اورژانس			
		پوست و مو (خالکوبی و.....)			

