فرم شماره 5 : ویژه گزارش دهی ماهانه فعالیت خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت از بیماران دیابتی

**دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی: ....................... مرکز بهداشت شهرستان: ....................... پایگاه سلامت/خانه بهداشت: ........................**

**مرکز سلامت جامعه/ مرکز بهداشتی درمانی: ................................... ماه............... سال ................. محدوده طبیعی HbA1C: ..........................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. تعداد بیماران** | | **2. تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک در ماه** | | **3. فشارخون**  **>85/130** | | **4. BMI**  **25>** | | **5. BMI**  **27-25** | | **6.BMI**  **27>** | | **7. قند خون ناشتا**  **کمتر از 120** | | **8. قند خون ناشتا**  **120 تا 140** | | **9. قند خون ناشتا**  **بیش از140** | | **10. قند خون دو ساعته کمتر از 140** | | **11. قند خون دو ساعته 160-140** | | **12. قند خون دو ساعته بیش از 160** | | **13. HbA1C در محدوده طبیعی**  **(کمتر از7%)** | | **14. HbA1C (10%-7%)** | | **15. تعداد مبتلایان به عوارض (جدید)** | |
| **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** | **مرد** | **زن** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: محل امضاء**