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**