وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

پایگاه سلامت/ خانه بهداشت : ..................................................

مركزسلامت جامعه/ بهداشتي درماني : .....................................

مركز بهداشت شهرستان .....

سال: ..................

ليست ارجاع و مراقبت بيماران ديابتي

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **شماره پرونده سلامت/خانوار** | **سن** | **تاريخ اولين مراجعه** | **اولين تاريخ تشخيص بيماري** | **برنامه ارجاع و مراقبت** | **قطع پيگيري بدلائل** |
| **فروردين** | **ارديبهشت** | **خرداد** | **تير** | **مرداد** | **شهريور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دي** | **بهمن** | **اسفند** | **بهبودي** | **فوت** | **مهاجرت** | **ساير** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تاريخ مراقبتي كه توسط بهورز براي بيماران انجام مي گيرد در اين ستون نوشته شود.**

**تاريخ مراقبتي كه توسط پزشك براي بيماران انجام مي گيرد در اين ستون نوشته مي شود.**