

فرم مراقبت دوره ای سلامت گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال

مشخصات فردی	
نام خانوادگی	نام پدر
نام	تاریخ تولد / /
کد ملی	سطح تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> بالاتر از لیسانس <input type="checkbox"/> وضعیت اشتغال: شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> کار افتاده <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> شغل
محل اقامت فعلی: خوابگاه <input type="checkbox"/> خانه دانشجویی <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	تلفن ثابت تلفن همراه
آدرس	آدرس ایمیل:
بیمه پایه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
اطلاعات اختصاصی	
وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/> 2- دانشجو بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت تاهل تعداد فرزندان:
وجود نسبت خویشاوندی بین والدین (درجه خویشاوندی*):	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		

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

پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

منبع شرح حال: خود فرد یکی از اعضای خانواده: (نسبت عضو خانواده را مشخص کنید:)

ارزیابی مصرف دخانیات	
ارزیابی	طبقه بندی
سوال کنید: - آیا فرد سیگار، قلیان، پیپ یا مواد دخانی بدون دود شامل مواد دخانی جویدنی مصرف می کند؟ - آیا هیچکدام از افراد خانواده یا خویشاوندان در حضور اقدام به مصرف دخانیات می کنند؟	فرد در معرض خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مصرف قرار دارد. <input type="checkbox"/> فرد در معرض خطر شروع مصرف دخانیات و خطر ابتلا به بیماری های ناشی از مواجهه با دود دخانیات قرار دارد. <input type="checkbox"/>

پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)					بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی
الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)							
ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)							
ج- داروهای آرامبخش یا خوابآور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)							
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)							
پرسش ۲- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخگویی				
الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)							
ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)							
ج- محرکهای آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)							
د- سایر - مشخص کنید: ...							

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

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:	۹- اختلالات روانپزشکی تأیید شده	اختلال دو قطبی <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"/> پر خاشگری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۲ - بیماری عفونی	سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هیپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سایر: توضیح داده شود.	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"/>
۳ - اختلالات خون	کم خونی تأیید 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"/>	۱۱- زنان	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"/>
۴ - گوش، حلق و بینی	کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	۱۲- سابقه مصرف	سیگار <input type="checkbox"/> قلیان <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/> : توضیح دهید:
۵ - بیماری قلبی عروقی	فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/>	۱۳- نقص عضو	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیح دهید:
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"/>	۱۴- سوابق بیمارستانی	۱ - سابقه عمل جراحی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: ۲ - سابقه بستری شدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت: ۳ - سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:
۷- کلیه و مجاری ادراری	پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/>	۱۶- رفتار جنسی غیر ایمن	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸- مغز و اعصاب	صرع <input type="checkbox"/>	۱۷- سابقه رفتن زندان:	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
سایر	سابقه خالکوبی یا تاتو: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نابینایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/> ناشنوایی غیر اکتسابی <input type="checkbox"/>		

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

ارزیابی اولیه (غیر پزشکی)

عضو	اختلال دارد	اختلال ندارد	مشکوک	ارجاع	نتیجه ارجاع			توضیحات	پی گیری
					اختلال	بیماری	مشکوک		
قلب و عروق (فشار خون بالا)	سیستول	دیاستول							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
دهان و دندان - دندان درد یا - تورم و پارگی و خونریزی از بافت یا - آبنسه دندان یا - شکستگی و بیرون افتادن دندان از دهان،	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ریه: سابقه تشخیص آسم توسط پزشک، تجویز اسپریاستنشاق 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
سابقه تماس با فرد مبتلا به سل یا سرفه طول کشیده بیشتر از دو هفته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
بروز زردی / پررنگ شدن ادرار و کم رنگ شدن مدفوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

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 اُکسیژن ناشی از بیشمصرفی 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			توده شکمی، تب، تاکی کاردی و علائم شوک، تورم و درد در هنگام معاینه در چرخش، بلا بردن بیضه دارد سابقه ضربه مثبت به بیضه، حال عمومی بد
		دستگاه اوروژنیتال			
		پوست و مو (خالکوبی و.....)			