



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

فرم جمع آوری داده برنامه ثبت کبد چرب

مشخصات دموگرافیک						
شماره پرونده:			کد ملی:			
نام:			نام خانوادگی:			
تاریخ اولین مراجعه: .../.../.....			تاریخ تولد: .../.../.....			
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>			سن: .....			
شغل: .....			وضعیت تاهل: .....			
سطح تحصیلات: ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/>						
آدرس						
استان	شهرستان	شهر	روستا	آدرس و کدپستی	تلفن همراه	تلفن ثابت
					09 .....	
					09 .....	
اطلاعات آنتروپومتری						
قد: ..... cm			دور باسن: ..... cm			
قد: ..... kg			دور شکم: ..... cm			
شاخص توده بدنی: ..... kg/m <sup>2</sup>						
سابقه مصرف سیگار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			سابقه مصرف الکل: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
میزان مصرف: ..... چندسال: ..... چند نخ در روز: .....			میزان مصرف در روز: ..... در هفته: ..... در ماه: ..... نوع محصول: ..... درصد الکل: .....			
سابقه بیماری						
بیماری پوستی: ..... بیماری های دهانی و دندانی: ..... بیماریهای تیروئید: ..... بیماری های کلیوی: ..... بیماری های کبد و کیسه صفرا: ..... اختلالات اضطرابی و افسردگی: ..... مشکلات باروری و نازایی: ..... آنمی: ..... بیماریهای قلب و عروق: ..... سندرم روده تحریک پذیر: ..... دیابت ملیتوس: ..... بیماریهای استخوان و مفاصل: ..... سایر: .....						
تاریخچه خانوادگی کبد در اقوام درجه یک: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			تاریخچه واکسیناسیون HBV: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
سابقه مصرف عرقیجات/ دمنوش/ گیاهان دارویی در سه ماه اخیر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			سابقه مصرف دارو جهت بیماری زمینه ای مثل فشارخون، دیابت، چربی خون در سه ماه اخیر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
نام مورد/ موارد مصرفی: ..... در هفته: ..... در ماه: .....			نام دارو/ مکمل مصرفی: ..... میزان مصرف: ..... چندبار در روز: .....			
سابقه مصرف مکمل (ویتامین، آمپول تقویتی، مواد معدنی، هرگونه مکمل بدنسازی) سه ماه اخیر: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			نام مکمل مصرفی: ..... میزان مصرف: ..... چندبار در روز: .....			
آیا یائسه شده اید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			سابقه سقط جنین و مرده زائی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
سن یائسگی: ..... سال			اختلالات قاعدگی: دارد <input type="checkbox"/> (به چه صورت) ندارد <input type="checkbox"/>			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه  
فرم جمع آوری داده برنامه ثبت کبد چرب

علائم بیمار					
دلیل اولین مراجعه (شکایت اصلی): .....					
تشخیص در غربالگری: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
علائم گوارشی					
<input type="checkbox"/> اختلال قاعدگی	<input type="checkbox"/> ضایعات پوستی	<input type="checkbox"/> سوزش سردل	<input type="checkbox"/> مشکلات باروری	<input type="checkbox"/> خستگی مزمن	<input type="checkbox"/> مشکلات عضلانی
<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> درد شکم محل درد شکم: مدت زمان و محل درد:	<input type="checkbox"/> یبوست	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> استفراغ
سایر: .....	سردرد	<input type="checkbox"/> یبوست	<input type="checkbox"/> نفخ شکم	<input type="checkbox"/> بی اشتهاپی	<input type="checkbox"/> خارش
نتایج معاینات بالینی پزشک					
DIA Hg:..... mmHg			SYS BP:..... mmHg		
Stop-BANG SCORE:				Date:...../...../.....	
NAFLD SCORE:				Date:...../...../.....	





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه  
فرم جمع آوری داده برنامه ثبت کبد چرب

FBS								
Insulin Level								
TG								
Chol								
Chol(LDL )								
Chol(HDL)								
Cerlplasmin								
GGT								
CRP								
ESR								
ASMA								
T4								
T3								
TSH								
Cr								
Urea								
HBA1C								
ANA								
HbsAg								
HCV Ab								
Ferritin								
Anti LKM1								
URIC ACID								
TIBC								
Serum Iron								
Vit D Level								
HBC Ag								



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه  
فرم جمع آوری داده برنامه ثبت کبد چرب

Anti TTG Ab							
SPEP							
تشخیص: <input type="checkbox"/> SS (استئاتوز کبدی) <input type="checkbox"/> NASH <input type="checkbox"/> سیروز							

تصمیم درمانی پزشک در ویزیت اول:								
رژیم غذایی:								
مدت زمان رژیم غذایی:								
آیا بیمار در هر مراجعه به رژیم غذایی پایبند است؟								
داروهای تجویز شده								
	مراجعه اول تاریخ:		مراجعه دوم تاریخ:		مراجعه سوم تاریخ:		مراجعه چهارم تاریخ:	
Names	دوز دارو	مدت زمان مصرف	دوز دارو	مدت زمان مصرف	دوز دارو	مدت زمان مصرف	دوز دارو	مدت زمان مصرف
Vitamin E								
لیورگل								
متفورمین								
آتورواستاتین								
پیوگلیتازون								
سایر:.....								
.....								
زمان مراجعه دوم: .....				زمان مراجعه اول: .....				
زمان مراجعه چهارم: .....				زمان مراجعه سوم: .....				
علت خروج از مطالعه: .....				توضیحات پزشک:..... .....				