

## فرم مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا

دارد     ندارد    سابقه بیماری دیابت :  
 دارد     ندارد    سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا : دارد  
 دارد     ندارد    سابقه مصرف دخانیات :  
 نوع دخانیات مصرفی : .....

شماره پرونده خانوار: .....  
 نام و نام خانوادگی : .....  
 تاریخ تولد:    /    /  
 اولین تاریخ تشخیص بیماری :    /    /  
 قد (بر حسب سانتیمتر): .....

ملاحظات	ارجاع به (۴)	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (۳)	دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	عوارض فشارخون بالا (۲)	خدمات ارائه شده						مراقبت کننده (۱)	تاریخ مراقبت
					سایر	آموزش	بررسی مصرف دخانیات	مقدار نمایه توده بدنی	مقدار وزن بر حسب کیلوگرم	مقدار فشارخون بر حسب میلی متر جیوه		
۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

(۳) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه : شامل دلایل مهاجرت، مرگ، عدم تمایل به همکاری و .....  
 (۴) ارجاع به: شامل پزشک مرکز، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان

(۱) مراقبت کننده: شامل بهورز، پزشک مرکز، سایر پزشکان (دولتی یا خصوصی)  
 (۲) عوارض فشارخون بالا: شامل عوارض مغزی، قلبی، چشمی، کلیوی و .....

ملاحظات	ارجاع به (۴)	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (۳)	دستوارت پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	عوارض فشارخون بالا (۲)	خدمات ارائه شده						مراقبت کننده (۱)	
					سایر	آموزش	بررسی مصرف دخانیات	مقدار نمایه توده بدنی	مقدار وزن بر حسب کیلوگرم	مقدار فشار خون بر حسب میلی متر جیوه		
۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱

(۳) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه : شامل دلایل مهاجرت، مرگ ، عدم تمایل به همکاری و .....  
(۴) ارجاع به: شامل پزشک مرکز ، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان

(۱) مراقبت کننده: شامل بهورز، پزشک مرکز، سایر پزشکان (دولتی یا خصوصی)  
(۲) عوارض فشارخون بالا: شامل عوارض مغزی، قلبی، چشمی، کلیوی و .....