

۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان معاینات دوره ای انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش یا پرستاری	تشکیل و تکمیل پرونده	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده
	پذیرش یا پرستاری	فراخوان جمعیت براساس برنامه های از پیش تعیین شده	سلامت عمومی
	کارشناس ایمن سازی	ایمن سازی	ایمن سازی
	پرستاری	ارزیابی های بالینی(گرفتن نبض , اندازه گیری درجه حرارت و تنفس, ثبت نتایج و پیگیری)	معاینه بالینی ارگان
	پزشک	ارزیابی سلامت ارگان های بدن (معاینه ارگان ها , ثبت نتایج و پیگیری)	
ادامه مراقبت بر اساس برنامه مراقبتی که فرد نیاز دارد شکل می گیرد مانند ادامه معاینه در نوجوان بر اساس برنامه نوجوان و یا ادامه مراقبت دیابت بر اساس نیاز	تیم سلامت خانواده	ارزیابی ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی متناسب با نیاز شامل بیماری های مزمن غیر واگیر , برنامه نوجوان , کودک و (ارزیابی زمان ارائه خدمت , رعایت تواتر خدمت , تکمیل برنامه مراقبت , تعیین نتیجه مراقبت , ثبت نتایج و پیگیری) در انتهای برنامه مطابق جدول پیوست شده میزان ریسک ده ساله را به بیمار اطلاع دهید	
		ارجاع به سطوح بالاتر(تکمیل ارجاع , ارزیابی پاسخ , نتیجه و تشخیص ارسالی از کلینیک تخصصی , برنامه درمانی تعیین شده در کلینیک تخصصی , ثبت نتایج و پیگیری)	
		ارزیابی بیماری های نیازمند مراقبت ویژه(ارزیابی پاسخ , نتیجه و تشخیص داده شده در کلینیک تخصصی , برنامه درمانی تعیین شده در کلینیک تخصصی , ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک	تعیین نتیجه مراقبت , تشخیص و طراحی برنامه درمانی مراقبت بطور مستقیم یا بر اساس بازخورد موارد ارجاعی , ثبت نتایج و پیگیری)	مداخلات درمانی , دارویی و مراقبت پزشک خانواده
		ویزیت و پاسخ به نیازهای درمانی روزانه مراجعین	
	پزشک	درخواست پاراکلینیک برای موارد مشکوک متناسب با نتایج ارزیابی سلامت ارگان های بدن , ارجاع , دریافت پاسخ , تشخیص , ثبت نتایج و پیگیری)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	پزشک	درخواست پاراکلینیک متناسب با برنامه مراقبت های بهداشتی درمانی (براساس برنامه مدون تواتر خدمت , تکمیل برنامه مراقبت دریافت پاسخ , تشخیص , ثبت نتایج و پیگیری) , غربالگری بیماری های مزمن و..	

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پرستار ، بهداشت خانواده یا پزشک	آموزش ارتقای سلامت فردی یا گروهی (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت اقدامات)	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
		آموزش مهارتهای زندگی سالم گروهی و ارائه مشاوره فردی	
		اجرای برنامه آموزشی متناسب با برنامه های مراقبت و نتایج بدست آمده (فردی یا گروهی)	
		آموزش فردی یا گروهی بیماران نیازمند مراقبت ویژه ، ثبت نتایج و پیگیری	
	متخصص مرتبط	مراقبت و ارزیابی متخصص در صورت نیاز (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت تخصصی مرتبط
	پرستار ، بهداشت خانواده	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	پرستار ، بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت دردفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

۲- فرم ثبت اطلاعات: در منطقه بایستی برای ثبت اقدامات مرتبط با معاینه دوره ای ، فرم ثابت در نرم افزار و یا کاغذی تعیین گردد . فرم بایستی توسط اعضای تیم سلامت مهر و امضاء گردد، بدیهی

است در ارزیابی کارانه پزشکان وجود این مستند مورد لحاظ قرار می گیرد

اطلاعات مورد نیاز برای طراحی فرم ثبت معاینات دوره ای :

مورد معاینه	ظاهر	پوست و ضمام	چشم	گوش ، حلق و بینی	دهان و دندان	تیروئید	قلب و عروق	ریه	پستان	شکم	دستگاه ادراری و تناسلی	اندام ها	ستون فقرات	غدد لمفاوی	اعصاب مرکزی و محیطی	وضعیت حرکتی	روند بلوغ
نتیجه معاینه																	
غربالگری بیماری ها																	
ارزیابی پرسشنامه ها و ریسک فاکتور																	
تشخیص احتمالی																	
توصیه های درمانی																	
وضعیت ارجاع																	
آموزش																	
پیگیری																	

۳- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان معاینات دوره ای ویژه گروه سالمندی انجام می شود شامل موارد زیر می باشد . بایستی توجه داشت که معاینات اختصاصی این گروه در زیر لیست می گردد و سایر اقدامات مانند معاینه دوره ای معمولی می باشد که در قسمت اول بیان شده است

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش یا پرستاری	تشکیل و تکمیل پرونده	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده سلامت عمومی
	پذیرش یا پرستاری	فراخوان جمعیت براساس برنامه های از پیش تعیین شده	
	کارشناس ایمن سازی	ایمن سازی (تکمیل برنامه ایمن سازی ، انجام ایمن سازی با DT ، واکسن پنوموکوک ، ...)	ایمن سازی
تمامی اعضای تیم سلامت خانواده مانند پرستار ، بهداشت خانواده و پزشک ، برنامه های مرتبط با مراقبت تعریف شده بر اساس ارزیابی فرد را انجام خواهند داد مانند منوپوز ، دیابت و ...	تیم سلامت خانواده	ارزیابی های بالینی و سلامت ارگان های بدن مشابه معاینه دوره ای (معاینه ، ثبت نتایج و پیگیری)	معاینه بالینی ارگان
		ارجاع به سطوح بالاتر (تکمیل ارجاع ، ارزیابی پاسخ ، نتیجه و تشخیص ارسالی از کلینیک تخصصی ، برنامه درمانی تعیین شده در کلینیک تخصصی ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک	تعیین نتیجه مراقبت ، تشخیص و طراحی برنامه درمانی مراقبت بطور مستقیم یا بر اساس بازخورد موارد ارجاعی ، ثبت نتایج و پیگیری)	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت پزشک خانواده
		ویزیت و پاسخ به نیازهای درمانی روزانه مراجعین	
	پزشک	درخواست پاراکلینیک برای موارد مشکوک متناسب با نتایج ارزیابی سلامت ارگان های بدن ، ارجاع ، دریافت پاسخ ، تشخیص ، ثبت نتایج و پیگیری)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	پزشک	درخواست پاراکلینیک متناسب با برنامه مراقبت های بهداشتی درمانی (براساس برنامه مدون تواتر خدمت ، تکمیل برنامه مراقبت دریافت پاسخ ، تشخیص ، ثبت نتایج و پیگیری) ، غربالگری بیماری های مزمن و ..	

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
بر اساس نیاز و ارجاع	گروه کلینیک های تخصصی و پزشک خانواده	ارزیابی متخصص داخلی	ارجاع به متخصص و کارشناسان سلامت
		ارزیابی متخصص قلب و عروق	
		ویزیت متخصص چشم	
ارائه توصیه به تیم درمان و مراقب	داروساز	مشاوره دارویی (توجه به پلی فارماسی ، توضیح در باره عوارض داروی ، راهکار به تیم درمان برای متناسب نمودن دارو ..)	
بر اساس ارجاع و ارزیابی اولیه پزشک خانواده	کارشناس تغذیه	مشاوره تغذیه	مشاوره سلامت روان (ارزیابی دمانس ، آلزایمر ، مشاوره بر اساس ارزیابی تیم سلامت و..)
	کارشناس سلامت روان	مشاوره سلامت روان (ارزیابی دمانس ، آلزایمر ، مشاوره بر اساس ارزیابی تیم سلامت و..)	
	تیم سلامت خانواده یا متخصص پیشگیری یا پزشکی اجتماعی	آموزش ارتقای سلامت فردی یا گروهی (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت اقدامات)	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
		آموزش مهارتهای زندگی سالم گروهی و ارائه مشاوره فردی	
		اجرای برنامه آموزشی متناسب با برنامه های مراقبت و نتایج بدست آمده (فردی یا گروهی)	
		آموزش فردی یا گروهی بیماران نیازمند مراقبت ویژه ، ثبت نتایج و پیگیری	
بر اساس نتایج ارزیابی های صورت گرفته وضعیت سلامت فرد را تحلیل و اقدامات مورد نیاز برای پیشگیری را برای وی تشریح می نماید	MPH پیشگیری یا پزشکی اجتماعی	ارائه مشاوره پیشگیری بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی	
	پرستار ، بهداشت خانواده	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	تیم سلامت	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت در دفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی



۴- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان معاینه دوره ای ویژه بیماران خاص و ارجاعی از سایر واحد ها انجام می شود شامل موارد زیر می باشد . توجه نمایید بخش معاینات اختصاصی افراد مبتلا در

جدول زیر بیان شده ، سایر اقدامات مورد نیاز این گروه مانند معاینه دوره ای معمولی می باشد. لازم است تمام افراد خانواده مبتلا نیز مورد معاینه قرار گیرند

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش یا پرستاری	فراخوان جمعیت براساس لیست اعلام شده از سایر واحد ها ، تشکیل و تکمیل پرونده	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده
	کارشناس ایمن سازی	ایمن سازی (تکمیل برنامه ایمن سازی ، توجه به واکسیناسیون با flu برای افراد در معرض خطر ، پنوموکوک برای افراد مسن یا مبتلا به آسم ، واکسن هپاتیت و ..)	ایمن سازی
	تیم سلامت	سابقه بیماری و سابقه مصرف دارویی بیمار را کامل کنید	
ارزیابی CBC ، LFT و آزمایش های بیوشیمیایی خون متناسب با وضعیت بیمار	تیم سلامت	با توجه به سابقه و داروهای مصرفی به بیماری هایی که ممکن است در زمینه سیستم ایمنی ساپرس شده ایجاد شود، توجه نمایید	
در صورت مثبت بودن جهت پیگیری ارجاع دهید	پزشک خانواده	در باره نحوه پیشرفت بیماری و حملات بعدی آن سوال نمایید	
	پزشک خانواده	ارزیابی سایر بیماری هایی که علایم MS را تقلید می نمایند مانند هیپوتیروئیدی	بیمار مبتلا به MS
در صورت نیاز ارجاع دهید	پزشک خانواده ، بهداشت خانواده	به عوارض و همراهی بیماری های دیگر با MS توجه کنید و سوال کنید (مانند neurogenic bladder ، neurogenic bowel ، sexual dysfunction ، pain (fatigue، spasticity،	
ارجاع و آموزش مهارت زندگی ، اصول ارتقاء سلامت	تیم سلامت	به سلامت روان وی توجه کنید	
با توجه به بیماری وابسته به جنس ، احتمال ناقل بودن برای دخترهای خانواده توضیح داده شود. ارزیابی ژنتیک سایر افراد	تیم سلامت	ارزیابی احتمال بیماری در سایر افراد خانواده	
	پزشک خانواده	توجه ویژه به معاینه ارگان های در معرض خطر خونریزی (مفاصل ، CNS، گردن و حلق)	بیمار مبتلا به هموفیلی
– ALK . PH ، ALT/AST ، BILL. Total/ Direct T سالیانه – ارزیابی CBC و inhibitor هر شش ماه – ارزیابی سالیانه Ag و Ab بر ضد هپاتیت B/C ، ایدز و ...	پزشک خانواده	ارزیابی پاراکلینیک مرتبط	
سلامت دهان و دندان ، فعالیت بدنی ، ارتقاء سلامت ، بستری و ..	تیم سلامت	آموزش و مشاوره پیشگیری (عوارض بیماری و سالم زیستن)	

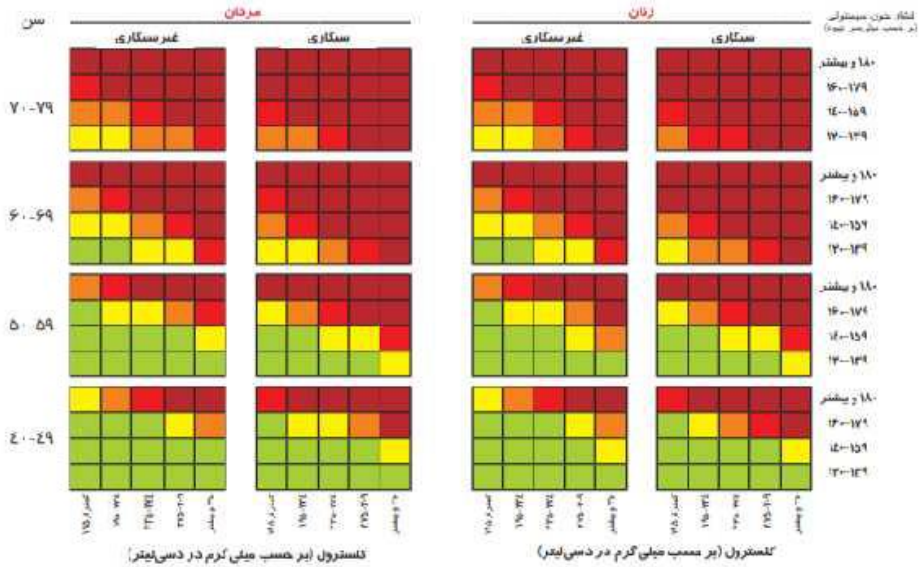
خدمت	شرح خدمت	ارائه دهنده خدمت	توضیحات
بیمار مبتلا به تالاسمی	ارزیابی احتمال بیماری در سایر افراد خانواده	تیم سلامت	احتمال ابتلا به تالاسمی در سایر متولدین توضیح داده شود
	توجه ویژه به معاینه ارگان های در معرض خطر تجمع آهن (طحال ، کبد) ، ارزیابی سلامت قلب و عروق ، غدد (احتمال هیپو گنادیسم) ، سلامت روان	پزشک خانواده	ارجاع به متخصصین مرتبط
	ارزیابی وجود طحال و در صورت برداشتن آ اطمینان از واکسیناسیون های مورد نیاز (مننژیت ، پنوموکوک ، انفلونزا و ..)	تیم سلامت	
	ارزیابی نیاز به ویتامین های خوراکی مانند فولات	پزشک خانواده	
	ارزیابی پاراکلینیک مرتبط	پزشک خانواده	متناسب با شرایط
	آموزش و مشاوره پیشگیری (عوارض بیماری و سالم زیستن)	تیم سلامت	سلامت دهان و دندان ، فعالیت بدنی ، ارتقاء سلامت ، بستری و ..
بیمار مبتلا به اختلالات کلیوی (پیوند ، دیالیز و ..)	ارزیابی سابقه بیماری ، علت زمینه ای نارسایی کلیه ، سابقه هرگونه جراحی و پیوند معاینه ارگان ها	تیم سلامت	ارزیابی سابقه دیابت ، HBP ، بیماری قلبی و عروقی ، سابقه فامیلی و ..
	پاراکلینیک بر اساس بیماری های قابل پیش بینی	پزشک خانواده	ارجاع به متخصص بر اساس عوارض ایجاد شده
	آموزش و مشاوره پیشگیری (عوارض بیماری و سالم زیستن)	تیم سلامت	HCV Ag ، HBS Ag
		تیم سلامت	زندگی سالم با بیماری ، ارتقاء سلامت
دیابت مبتلا به عارضه و مصرف کننده انسولین	مشابه برنامه مراقبت بیمار دیابتی ارزیابی و اقدام لازم برای افراد خانواده صورت پذیرد		
	برای بیمار مشابه بیماری پیوند کلیه علت و بیمار زمینه ای ارزیابی گردد و در صورت ابتلا به بیمار فامیلی ، وجود این بیماری در سایر اعضای خانواده مورد بررسی قرار گیرد		
ابتلا به هر نوع سرطان	علاوه به معاینه بیمار و ارزیابی آسیب های ناشی از درمان یا گسترش بیماری در مورد سرطان های با افزایش احتمال ابتلا در بستگان درجه اول مانند کانسر Breast و یا سرطان کولورکتال و ... برنامه غربالگری متناسب با آن برنامه برای افراد خانواده صورت پذیرد		
	ارزیابی علت زمینه ای مانند دیابت ، فشارخون و ... ارزیابی سایر افراد خانواده	تیم سلامت	بر اساس علت زمینه ای برنامه مراقبت اجرا گردد
هبایت یا سیروز	ارزیابی بیماری زمینه ای در فرد و احتمال انتقال در سایر افراد (بر اساس مستند)	تیم سلامت	راهنمای جامع نظام مراقبت بیماری های واگیر پزشک خانواده
سل	ارزیابی بیماری ، پیگیری و احتمال انتقال در سایر افراد	تیم سلامت	راهنمای جامع نظام مراقبت بیماری های واگیر پزشک خانواده



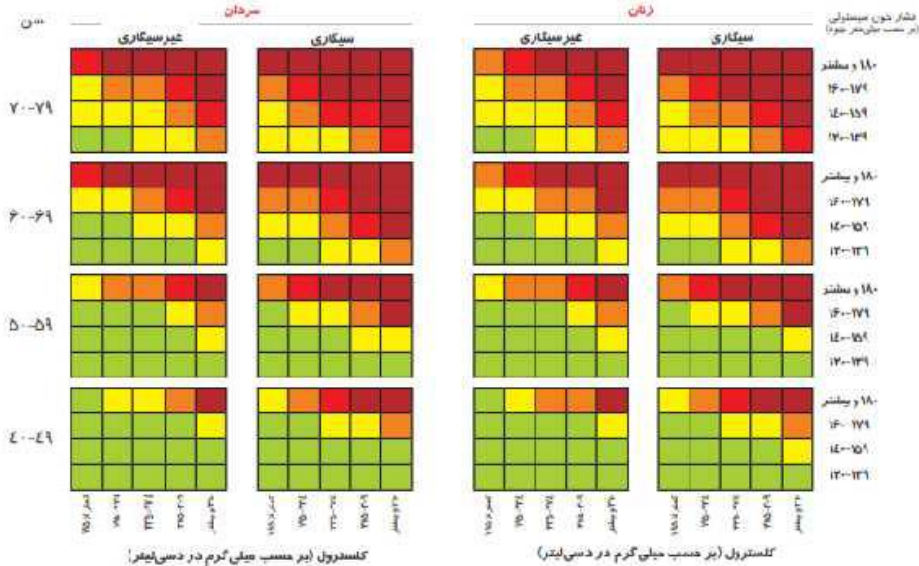
- ۵- اعلام نتایج معاینه دوره ای ، محاسبه میزان ابتلا به خطر سکته قلبی در ده سال آینده و گزارش به بیمار
- برای گزارش نتیجه معاینه دوره ای فرم طراحی کنید
 - مطابق جدول زیر میزان ابتلا به خطر سکته قلبی در ده سال آینده محاسبه نمایید
 - نتایج را بطور مستند در پایان معاینه دوره ای در فرم های مدون به فرد اعلام کنید

نمودار میزان خطر سکته های قلبی و مغزی گذشته یا غیر گذشته طی ۱۰ سال آینده

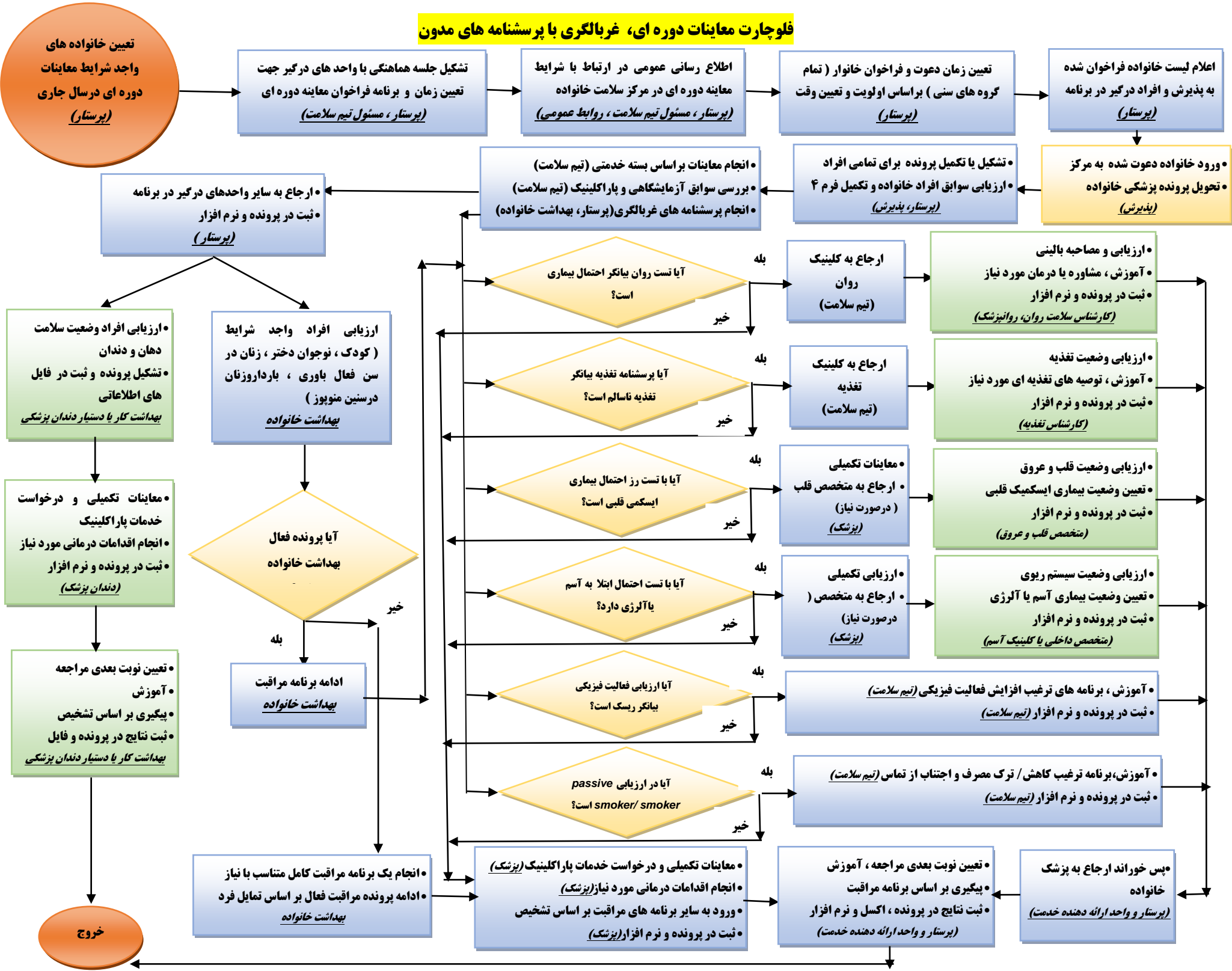
نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند:



نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند:



فلوجارت معاینات دوره ای، غربالگری با پرسشنامه های مدون



تعیین خانواده های واجد شرایط معاینات دوره ای در سال جاری (پرستار)

اطلاع رسانی عمومی در ارتباط با شرایط معاینه دوره ای در مرکز سلامت خانواده (پرستار، مسئول تیم سلامت)

تعیین زمان و برنامه فراخوان معاینه دوره ای (پرستار، مسئول تیم سلامت)

تشکیل جلسه هماهنگی با واحد های درگیر جهت (پرستار)

اعلام لیست خانواده فراخوان شده به پذیرش و افراد درگیر در برنامه (پرستار)

ورود خانواده دعوت شده به مرکز تحویل پرونده پزشکی خانواده (پذیرش)

تشکیل یا تکمیل پرونده برای تمامی افراد ارزیابی سوابق افراد خانواده و تکمیل فرم ۴ (پرستار، پذیرش)

انجام معاینات بر اساس بسته خدمتی (تیم سلامت) بررسی سوابق آزمایشگاهی و پاراکلینیک (تیم سلامت) انجام پرسشنامه های غربالگری (پرستار، بهداشت خانواده)

ارجاع به سایر واحدهای درگیر در برنامه ثبت در پرونده و نرم افزار (پرستار)

ارزیابی افراد وضعیت سلامت دهان و دندان تشکیل پرونده و ثبت در فایل های اطلاعاتی (بهداشت کار یا دستیار دندان پزشکی)

ارزیابی افراد واجد شرایط (کودک، نوجوان دختر، زنان در سن فعال باوری، بارداروزنان در سنین منوبوز) (بهداشت خانواده)

آیا پرونده فعال بهداشت خانواده (بله/خیر)

معاینات تکمیلی و درخواست خدمات پاراکلینیک انجام اقدامات درمانی مورد نیاز ثبت در پرونده و نرم افزار (دندان پزشکی)

ادامه برنامه مراقبت بهداشت خانواده (بله/خیر)

تعیین نوبت بعدی مراجعه آموزش پیگیری بر اساس تشخیص ثبت نتایج در پرونده و فایل (بهداشت کار یا دستیار دندان پزشکی)

معاینات تکمیلی و درخواست خدمات پاراکلینیک (پزشک) انجام اقدامات درمانی مورد نیاز (پزشک) ورود به سایر برنامه های مراقبت بر اساس تشخیص ثبت در پرونده و نرم افزار (پزشک)

تعیین نوبت بعدی مراجعه آموزش پیگیری بر اساس برنامه مراقبت ثبت نتایج در پرونده، اکسل و نرم افزار (پرستار و واحد ارائه دهنده خدمت)

پس خوراند ارجاع به پزشک خانواده (پرستار و واحد ارائه دهنده خدمت)

خروج

شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان غربالگری خانواده ها بر اساس پرسشنامه های مدون انجام می شود شامل موارد زیر می باشد :

خدمات	شرح خدمت	ارائه دهنده خدمت	توضیحات
فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده	تشکیل و تکمیل پرونده	پذیرش یا پرستاری یا بهداشت خانواده	
تشکیل پرونده عوامل خطر اصلی	فراخوان جمعیت براساس برنامه های از پیش تعیین شده	پذیرش ، پرستاری یا بهداشت خانواده	
تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه	پرسشنامه ارزیابی الگوی غذای سالم متناسب با وضعیت سلامت و سن (تکمیل پرسشنامه ، تعیین وضعیت الگوی غذایی ، ارجاع ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پرستاری ، بهداشت خانواده ، کارشناس تغذیه	به تفکیک گروه سنی: ۰ تا ۱، ۱ تا ۲، ۳ تا ۵، ۶ تا ۱۸، ۱۸ تا ۲۹ سال ، ۳۰ تا ۵۹ سال و سالمندان
	پرسشنامه ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی متناسب با سن (تکمیل پرسشنامه فعالیت فیزیکی ، تعیین وضعیت فعالیت بدنی ، ثبت نتایج و پیگیری)	پرستاری ، بهداشت خانواده	مطابق الگوریتم ایران عمل گردد
	پرسشنامه ارزیابی الگوی مصرف دخانیات متناسب با گروه سنی (تکمیل پرسشنامه الگوی مصرف دخانیات ، تعیین الگوی مصرف دخانیات ، ارجاع ، آموزش ، ثبت نتایج و پیگیری)	پرستاری	مطابق الگوریتم ایران عمل گردد
	پرسشنامه ارزیابی احتمال ابتلا به بیماری ایسکمیک قلبی عروقی (تکمیل پرسشنامه رز ، تعیین وضعیت سلامت قلب و عروق ، ارجاع ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پرستاری	برای گروه سنی بالای ۴۰ سال
	پرسشنامه ارزیابی سلامت روان (تکمیل پرسشنامه مدون ، تعیین وضعیت سلامت روان ، ارجاع ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پرستاری یا بهداشت خانواده یا کارشناس روان	به تفکیک بالغین و نوجوانان و زنان پس از بارداری
	پرسشنامه ارزیابی احتمال ابتلا به بیماری آسم و آلرژی (تکمیل پرسشنامه مدون ، تعیین وضعیت ابتلا به بیماری آسم و آلرژی ، ارجاع ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پرستاری ، بهداشت خانواده	
	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های بیماری قلبی و عروقی متناسب با سن (تعیین وضعیت ریسک بر اساس جدول فارمینگهام ، تعیین درجه ریسک و طراحی اقدامات برای مداخلات فعالیت فیزیکی ، الگوی غذایی و .. مداخلات درمانی)	پرستاری	پرسشنامه فارمینگهام بروز رسانی و بصورت فایل قابل نصب در اختیار قرار گرفته است

شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان غربالگری خانواده ها بر اساس پرسشنامه های مدون انجام می شود شامل موارد زیر می باشد :

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پزشک	درخواست پاراکلینیک برای تکمیل ارزیابی عوامل خطر اصلی و طراحی مداخلات تکمیلی (ثبت ، دریافت پاسخ و پیگیری)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	پزشک ، پرستار ، بهداشت خانواده	ارجاع به سطوح بالاتر براساس نتایج ارزیابی و یا نتایج پاراکلینیک (ثبت ، دریافت پاسخ و پیگیری)	
	پزشک یا پرستاری یا بهداشت خانواده	آموزش فردی یا گروهی بر اساس میزان ابتلا به عوامل خطر اصلی	
مطابق الگوریتم ایراپن عمل گردد	پزشک ، پرستاری ، بهداشت خانواده	مشاوره فردی یا گروهی برای تشویق به کاهش عامل خطر اصلی در مصرف کنندگان مواد دخانی (آشنایی با مواد دخانی ، اهمیت و تاثیر ترک و یا کاهش مصرف بر سلامت و ..)	
مطابق الگوریتم ایراپن عمل گردد	پزشک ، پرستاری ، بهداشت خانواده	مشاوره فردی یا گروهی برای تشویق به کاهش عامل خطر اصلی در افراد با الگوی کم تحرکی (آشنایی با هرم فعالیت های بدنی ، اهمیت و تاثیر میزان فعالیت بدنی هوازی بر کاهش ریسک و سلامتی و ..)	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
مطابق الگوریتم ایراپن عمل گردد	پرستاری ، بهداشت خانواده ، کارشناس تغذیه	مشاوره فردی یا گروهی برای تشویق به کاهش عامل خطر اصلی در افراد با الگوی غذایی ناسالم (آشنایی با هرم غذایی ، اهمیت و تاثیر الگوی غذایی سالم بر کاهش ریسک و سلامتی و ..)	
	پزشک یا پرستاری	مشاوره فردی یا گروهی پیشگیری از حملات آسم ، آشنایی با نحوه استفاده از اسپری های درمانی و کنترل دارویی آسم و ...	
مطابق الگوریتم ایراپن عمل گردد	پرستاری یا بهداشت خانواده یا کارشناس تغذیه	مشاوره فردی یا گروهی برای تمامی افراد به منظور آشنایی با الگوی زندگی سالم و اهمیت خدمات پیشگیرانه	
	پرستاری ، بهداشت خانواده ، کارشناس تغذیه ، کارشناس روان	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	پرستاری ، بهداشت خانواده ، کارشناس تغذیه ، کارشناس روان	جمع آوری ، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات ، ثبت در دفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

۲- جداول مرتبط با محور ارزیابی فعالیت بدنی و توصیه های مراقبتی و اصلاحی: این جداول در جهت برنامه ریزی مداخله افراد نیازمند به توصیه های مراقبتی در خصوص فعالیت بدنی می باشد
 ا- جدول ارزیابی ریسک فاکتور های مرتبط با فعالیت بدنی:

عامل خطر	تعریف عامل خطر
سن بالا	مساوی یا بیش از ۴۵ سال در مردان؛ مساوی یا بیش از ۵۵ سال در زنان
سابقه خانوادگی مثبت بیماری	انفارکتوس میوکارد، ریوسکولاریزاسیون) بازسازی عروقی(، مرگ ناگهانی پدر یا سایر اعضای مذکر درجه یک خانواده قبل از ۵۵ سالگی و یا مرگ ناگهانی مادر یا سایر اعضای مونث درجه یک خانواده قبل از ۶۵ سالگی
مصرف دخانیات	مصرف کنونی دخانیات، ترک دخانیات کمتر از ۶ ماه، قرارگیری در معرض دود دخانیات
سبک زندگی کم تحرک	فعالیت بدنی کمتر از ۵۰ دقیقه با شدت متوسط و حداقل ۳ روز هفته به مدت حداقل ۳ ماه
چاقی	شاخص توده بدنی (BMI) مساوی یا بیش از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع یا دور کمر بیش از ۹۰ سانتیمتر
اختلال لیپید	LDL مساوی یا بیش از ۱۳۰ میلیگرم در دسی لیتر یا HDL مساوی یا کمتر از ۴۰ میلیگرم در دسی لیتر یا مصرف داروهای کاهنده لیپید اگر تنها میزان کلسترول تام سرم در دسترس باشد، میزان مساوی یا بیش از ۲۰۰ میلیگرم در دسی لیتر
پره دیابت	اختلال قند خون ناشتا (IFG)=گلوکز خون ناشتای مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلیگرم در دسی لیتر و مساوی یا کمتر از ۱۲۵ میلیگرم در دسی لیتر اختلال تحمل گلوکز(IGT)=مقادیر ۲ ساعته تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلیگرم در دسی لیتر که دستکم در دوبار اندازه گیری در دو زمان متفاوت تایید شده باشد.
عامل خطر منفی	تعریف عامل خطر
HDL	مساوی یا بیش از ۶۰ میلیگرم در دسیلیتر

ب- جدول طبقه بندی خطر و توصیه های لازم:

طبقه بندی خطر	انجام معاینه پزشکی	انجام تست ورزش
خطر کم (کمتر از ۲ عامل خطر و بدون بیماری)	خیر	خیر
خطر متوسط (حداقل ۲ عامل خطر و بدون بیماری)	پیش از انجام فعالیت شدید	پیش از انجام فعالیت شدید
خطر زیاد (مبتلا به فشارخون بالا و یا سایر بیماری های قلبی عروقی، ربوی یا متابولیک شناخته شده)	پیش از انجام فعالیت متوسط و شدید	پیش از انجام فعالیت متوسط و شدید



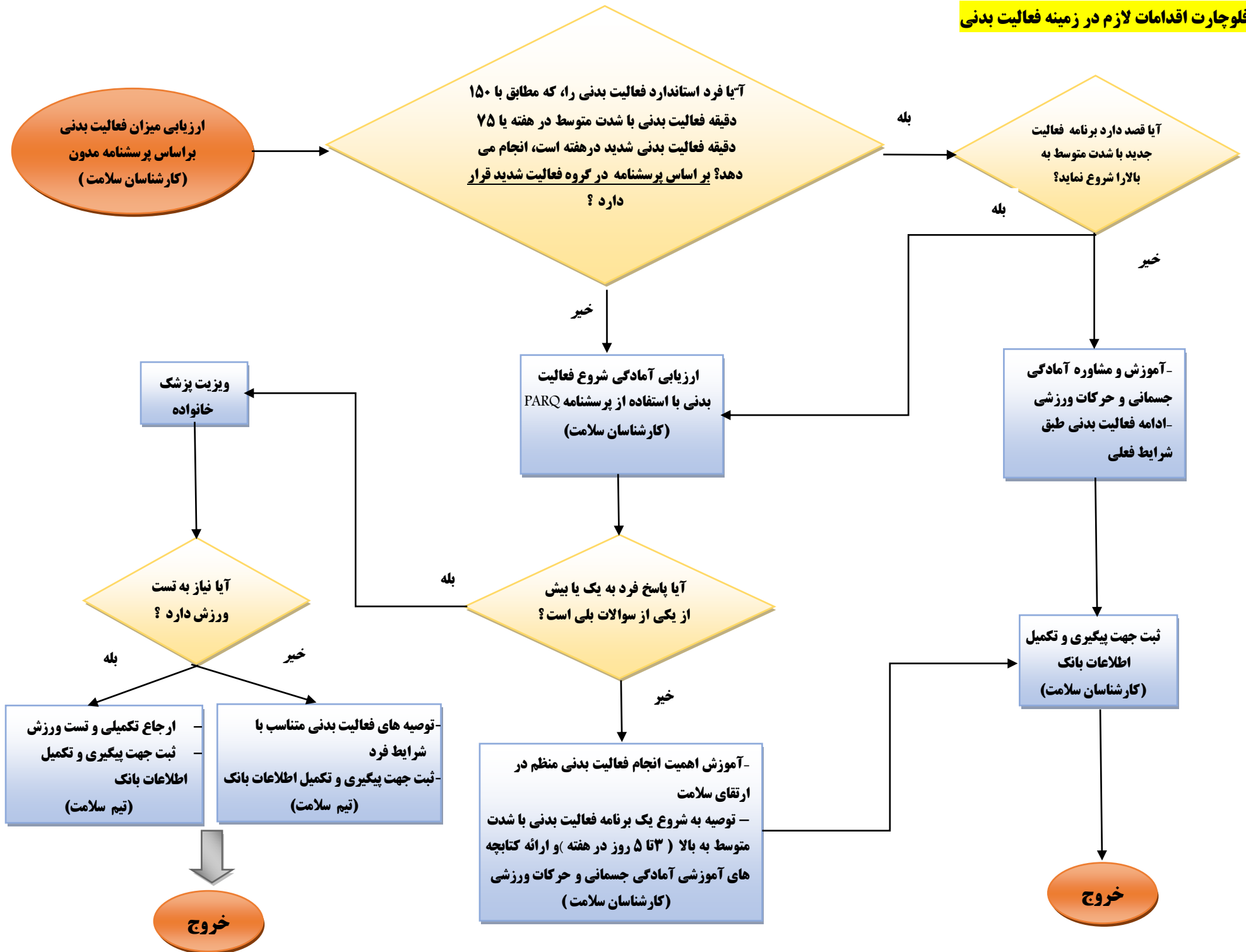
ت - جدول طبقه بندی فعالیت بدنی بر اساس واحد "مت" و پیشنهاد فعالیت بدنی مناسب برای افراد

سبک (کمتر از ۳ مت)	متوسط (مساوی ۳ یا کمتر از ۶ مت)	شدید (مساوی یا بیش تر از ۶ مت)
پیاده روی	پیاده روی	پیاده روی، نرم دویدن، و دویدن
پیاده روی آرام اطراف منزل، مغازه یا دفتر کار = ۲	پیاده روی (۵ کیلومتر در ساعت) = ۳	پیاده روی خیلی تند (۷ کیلومتر در ساعت) = ۶/۳
نشستن - استفاده از کامپیوتر، کار کردن پشت میزکار، استفاده از ابزارهای دستی سبک = ۱/۵	پیاده روی تند (۶/۵ کیلومتر در ساعت) = ۵	پیاده روی / کوه پیمایی با شیب متوسط بدون بار یا با کوله بار سبک (کمتر از ۵ کیلوگرم) = ۷
ایستادن، انجام کارهای سبک، مانند مرتب کردن تختخواب، شستن ظرفها، اتو کردن، آماده کردن غذا یا منشی مغازه = ۲-۲/۵	شست و شو، پاک کردن شدید پنجرهها، ماشین یا نظافت گاراژ = ۳	کوه پیمایی در سراسیمه های تند با کوله بار ۲۰-۵ کیلوگرم = ۷/۵-۹
هنر و صنایع دستی = ۱/۵	ساییدن کف یا شستن فرش، جارو زدن، تی کشیدن = ۳	نرم دویدن با سرعت ۸ کیلومتر در ساعت = ۸**
بازی بیلیارد = ۲/۵	نجاری - عمومی = ۳/۶	نرم دویدن با سرعت ۸/۵ کیلومتر در ساعت = ۱۰
قایق رانی تفریحی = ۲/۵	حمل و بسته سازی چوب = ۵/۵	دویدن با سرعت ۱۱ کیلومتر در ساعت = ۱۱/۵
دارت = ۲/۵	کوتاه کردن چمن - هل دادن ماشین چمن زنی = ۵/۵	جا به جا کردن شن و ماسه، زغال سنگ و غیره با بیل = ۷
ماهی گیری نشسته = ۲/۵	بدمینتون تفریحی = ۴/۵	حمل بارهای سنگین، مانند آجر = ۷/۵
	بسکتبال - شوت کردن به اطراف = ۴/۵	کار کشاورزی سنگین، مانند جمع کردن علوفه
	حرکات ایروبیک آهسته - در سالن = ۳	بیل زدن، حفر گودال = ۸/۵
	حرکات ایروبیک سریع - در سالن = ۴/۵	
	قایق بادبانی، موج سواری = ۳	دوچرخه سواری روی سطح هموار - تلاش سبک (۱۶-۱۹ کیلومتر در ساعت) = ۶
		تلاش متوسط (۱۹-۲۲ کیلومتر در ساعت) = ۸
		تلاش سریع (۲۲-۲۶ کیلومتر در ساعت) = ۱۰
	تنیس روی میز = ۴	فوتبال - غیر رقابتی = ۷، رقابتی = ۱۰
	تنیس دونفره = ۵	شنای تفریحی = ۶
		شنا - متوسط / شدید = ۸-۱۱
	بازی والیبال - غیر رقابتی = ۳-۴	تنیس تک نفره = ۸
		بازی والیبال - رقابتی در سالن یا ساحل = ۸

— پرسشنامه مرتبط با محور معاینه دوره ای ویژه سالمندان :

خدمت	شرح خدمت	ارائه دهنده خدمت
ارزیابی تکمیلی سالمندان	تکمیل پرسشنامه های افسردگی ، سقوط ، بی اختیاری ادرار ، اختلال حافظه و تغذیه (تکمیل پرسشنامه ، ارجاع ، دریافت پاسخ از پزشک ، ثبت نتایج و پیگیری)	پذیرش یا پرستاری یا بهداشت خانواده
	پرسشنامه افسردگی (تحلیل پرسشنامه ، تعیین وضعیت سلامت ، دسته بندی نیاز به ارجاع بر اساس نتایج ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پزشک
	پرسشنامه سقوط (تحلیل پرسشنامه ، تعیین وضعیت سلامت ، دسته بندی نیاز به ارجاع بر اساس نتایج ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پزشک
	پرسشنامه اختلال حافظه (تحلیل پرسشنامه ، تعیین وضعیت سلامت ، دسته بندی نیاز به ارجاع بر اساس نتایج ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پزشک
	پرسشنامه بی اختیاری ادرار (تحلیل پرسشنامه ، تعیین وضعیت سلامت ، دسته بندی نیاز به ارجاع بر اساس نتایج ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پزشک
	پرسشنامه بی اختیاری ادرار (تحلیل پرسشنامه ، تعیین وضعیت سلامت ، دسته بندی نیاز به ارجاع بر اساس نتایج ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	پزشک
پرسشنامه ارزیابی خطر ده ساله ابتلا به سکته قلبی و عروقی (تحلیل و تعیین وضعیت ریسک، دسته بندی نیاز به ارجاع بر اساس نتایج ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	تیم سلامت	
تعریف سطح ارجاع بر اساس نتایج ارزیابی منطبق با " بسته نوین خدمات سلامت سالمندان" صفحه ۶۸		پزشک
تعریف سطح ارجاع بر اساس نتایج ارزیابی منطبق با " بسته نوین خدمات سلامت سالمندان"		پزشک
تعریف سطح ارجاع بر اساس نتایج ارزیابی منطبق با " بسته نوین خدمات سلامت سالمندان"		پزشک
تعریف سطح ارجاع بر اساس نتایج ارزیابی منطبق با " بسته نوین خدمات سلامت سالمندان"		پزشک

فلوجارت اقدامات لازم در زمینه فعالیت بدنی



پرسشنامه ارزیابی آمادگی برای فعالیت جسمانی

Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)

نام و نام خانوادگی: _____ کد فردی: _____ تاریخ تولد: _____
 جنس: زن مرد تاریخ تکمیل فرم: _____ نام مرکز سلامت خانواده: _____
 مرد

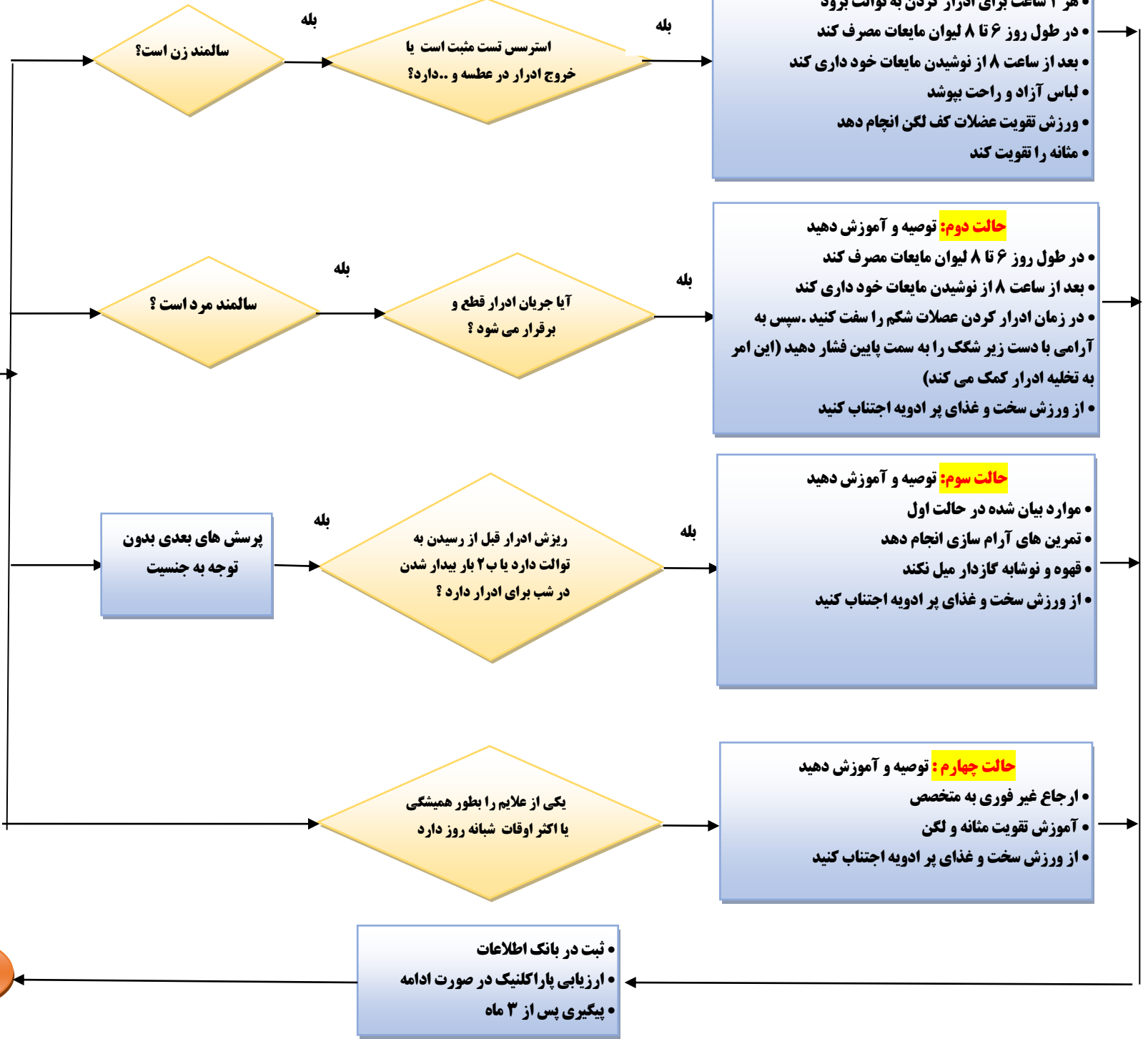
ردیف	سوال	بله	خیر
۱	آیا تا به حال پزشک تان به شما گفته است که مشکل قلبی دارید، و اینکه باید تنها بامشورت پزشک دست به فعالیت بدنی بزنید؟		
۲	آیا هنگام انجام فعالیت بدنی، در سینه ی خود درد احساس می کنید؟		
۳	در ماه های گذشته، آیا در زمانی که مشغول فعالیت بدنی نبودید در قفسه ی سینه ی خود درد احساس کرده اید؟		
۴	یا تعادل خود را به علت سرگیجه از دست می دهید یا آیا هرگز هوشیاری تان را از دست داده اید؟		
۵	آیا در استخوان ها یا مفاصل تان از آن جمله مشکلاتی دارید که بتواند با افزایش میزان فعالیت بدنی وخیم تر شود؟		
۶	آیا پزشک تان در حال حاضر برای فشار خون یا مشکل قلبی تان دارو یا قرصی (مثلاً قرص ادرار آور ۲۳) تجویز کرده است؟		
۷	یا هرگونه دلیل دیگری در ذهن دارید که بابتش نباید دست به فعالیت بدنی بزنید؟		

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

فلوجارت ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به بی اختیاری

تکمیل پرسشنامه بی اختیاری ادرار (کارشناسان سلامت)



پرسشنامه ارزیابی بی اختیاری ادرار

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن مرد

مرد

ردیف	سوال	بله یک نوبت <input type="radio"/>	بله دو یا بیشتر <input type="radio"/>	نمیدانم <input type="radio"/>
۱	آیا برای ادرار کردن در طول شب از خواب بیدار می شوید؟	<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله یک نوبت	<input type="radio"/> بله دو یا بیشتر
۲	آیا در جریان ادرار ، ادرار باریک یا قطع می شود و دوباره جریان پیدا می کند؟ (در مردان)	<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نمیدانم
۳	آیا در مواردی که احساس ناگهانی و شدید برای ادرار دارید ، دچار ریزش ادرار قبل از رسیدن به دستشویی شده اید ؟	<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نمیدانم
۴	آیا تجربه خروج ادرار در هنگام عطسه ، سرفه ، خنده و برخاستن دارید ؟	<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نمیدانم
۵	نتیجه آزمون استرس تست ؟ (در زنان)	<input type="radio"/> مثبت	<input type="radio"/> منفی	

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

پرسشنامه ارزیابی سلامت روان برای سالمندان

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن مرد

مرد

ردیف	سوال	بله	خیر
۱	آیا از زندگی خود راضی هستید؟		
۲	آیا احساس می کنید زندگی شما پوچ و بی معنی است؟		
۳	آیا اغلب کسل هستید؟		
۴	آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟		
۵	آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیافتد؟		
۶	آیا در اغلب مواقع احساس سرحالی می کنید؟		
۷	آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟		
۸	آیا فکر می کنید زنده بودن لذت بخش است؟		
۹	آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی می کنید؟		
۱۰	آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟		
۱۱	آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟		

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

باسخنامه ارزیابی سلامت روان برای کارشناسان سلامت

ردیف	سوال	بله	خیر
۱	آیا از زندگی خود راضی هستید؟	۰	۱
۲	آیا احساس می کنید زندگی شما پوچ و بی معنی است؟	۱	۰
۳	آیا اغلب کسل هستید؟	۱	۰
۴	آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟	۰	۱
۵	آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیافتد؟	۱	۰
۶	آیا در اغلب مواقع احساس سرحالی می کنید؟	۰	۱
۷	آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟	۱	۰
۸	آیا فکر می کنید زنده بودن لذت بخش است؟	۰	۱
۹	آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی می کنید؟	۱	۰
۱۰	آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟	۱	۰
۱۱	آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟	۱	۰
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به پزشک ارجاع دهید • در صورت ارجاع از پزشک به متخصص ، پس از ۳ هفته پیگیری کنید • آموزش مقابله با افسردگی و مهارت آموزی دهید 		نمره کل مساوی ۶ یا بیشتر	
<ul style="list-style-type: none"> • مراجعه یک سال بعد • در صورت بروز علائم مراجعه در زمان زودتر 		نمره کمتر از ۶	

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس:

زن

مرد

• مرحله اول ارزیابی:

ردیف	موضوع	سوال	امتیاز	امتیاز فرد
۱	تست تکرار سه کلمه ای	به آرامی برای هر فرد با فاصله ۳۰ ثانیه سه کلمه (مانند درخت ،سکه ، میز) را نام ببرید و از وی بخواهید لغات را بازگو کند	هر کلمه یک امتیاز ۳ امتیاز	
۲	زمان و مکان	امروز چه روزی از هفته است؟	هر سوال یک امتیاز (۵)	
		الان چه ماهی است؟		
		امروز چندم ماه است؟		
		الان در طبقه چندم هستید؟		
		الان کجا هستید؟		
۳	یاد آوری کلمات	از فرد در مورد سه کلمه ای که در آزمون اول پرسیده و تاکید کرده بودید که در ذهن بسپارد ، مجدداً پرسید به وی ده دقیقه فرصت دهید	هر کلمه یک امتیاز ۳ امتیاز	

• مرحله دوم ارزیابی ، آزمون کشیدن ساعت:

برای تمام افرادی که امتیاز صفر از سوال اول و کمتر از ۳ امتیاز از سوال دوم و سوم کسب نموده اند این آزمون صورت پذیرد

صفحه و مداد و کاغذ در اختیار فرد قرار دهید و به وی بیان کنید که ساعت فرضی مانند ساعت ۱۰ و ۴۵ دقیقه را در دایره ترسیم نماید . ده دقیقه به وی فرصت دهید

پرسشنامه ارزیابی احتمال سقوط و عدم تعادل

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن مرد

مرد

پاسخ		سوال	ردیف
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	آیا در یک سال اخیر سابقه سقوط داشته اید؟	۱
		اگر پاسخ به سوال سقوط مثبت است توضیح دهید در چه مکانی؟ در حین انجام چه فعالیتی؟ آیا دچار صدمه هم شده اید؟	۲
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل داشته اید؟	۳
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	آیا از اینکه سقوط کنید می ترسید؟	۴
<input type="radio"/> مثبت	<input type="radio"/> منفی	نتیجه ارزیابی تست تعادل در حرکت؟	۵

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

پرسشنامه ارزیابی فعالیت های روزانه زندگی ADL

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن مرد

مرد

ردیف	موضوع	سوال کنید	امتیاز سوال	امتیاز فرد
۱	حمام کردن	آیا تنهایی قادر است کامل استحمام کند / فقط برای یک قسمت بدن (پشت ، ناحیه تناسلی ، انتهای بدن) به کمک نیاز دارد	۱	
		برای بیش از یک قسمت بدن / برای وارد و خارج شدن از دوش یا وان به کمک نیاز دارد / به حمام کامل نیاز دارد (۰)	۰	
۲	لباس پوشیدن ، در آوردن	به تنهایی قادر به برداشتن لباس از کمد ، پوشیدن ، در آوردن و بستن کمربند و ... می باشد (بستن بند کفش مستثنی است) (۱)	۱	
		برای قسمتی از لباس پوشیدن و یا بطور کامل به کمک نیاز دارد	۰	
۳	توالیت رفتن	قادر است به توالیت رفته ، کارش را انجام دهد ، شستشو کند ، لباس هایش را بپوشد و خارج شود	۱	
		برای رفتن به توالیت و انجام کارها و شستشو و به کمک نیاز دارد و یا از لگن و پوشک استفاده می کند	۰	
۴	جابجا کردن در منزل	قادر است به تنهایی و یا به کمک ابزار(عصا) داخل یا خارج صندلی یا تخت خواب خود شود	۱	
		برای جابجایی از صندلی یا تخت خواب نیاز به کمک فرد دیگری دارد	۰	
۵	اختیار داشتن (ادرار ، مدفوع)	اختیار کامل ادرار و مدفوع دارد	۱	
		بی اختیاری کامل یا نسبی ادرار یا مدفوع دارد	۰	
۶	غذا خوردن	قادر است به است به تنهایی غذا بخورد ، ممکن است به کمک دیگران غذا را تهیه کند	۱	
		نیاز به کمک یا جزیی یا کامل برای غذا خوردن دارد یا تغذیه وریدی دارد .	۰	
جمع امتیاز فرد				

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان مراقبت ادغام یافته سلامت کودک انجام می شود شامل موارد زیر می باشد (کودک ۰ تا ۲ سال)

خدمات	شرح خدمت	ارائه دهنده خدمت	توضیحات	
فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده زیر ۲ سال	تشکیل و تکمیل پرونده زیر ۲ سال	پذیرش و بهداشت خانواده		
ایمن سازی	ایمن سازی	بهداشت خانواده		
معاینه بالینی ارگان	معاینه بالینی کودک	پزشک خانواده		
	معاینه قفسه سینه ، قلب و عروق	پزشک خانواده		
	بررسی حال عمومی	پزشک خانواده		
	ارزیابی فشارخون براساس مستندات	پزشک خانواده	در سایت سازمان	
	ارزیابی اندام ها : سر و گردن ، دهان و بینی ، گوش ، شکم ، ستون فقرات ، دست و پا و لگن ، دستگاه ادراری ، دستگاه تناسلی ، دستگاه گوارش)	پزشک خانواده		
	کنترل وزن / قد / دور سر / ارزیابی BMI ، تشخیص اختلالات وزن و رشد	بهداشت خانواده		
	ارزیابی نشانه های خطر (تب ، زردی ، تشنج ، اختلال هوشیاری ، تنفس تند ، کشیده شدن قفسه سینه ، درجه حرارت پائین)	بهداشت خانواده		
	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت کارشناس	ارائه مکمل	بهداشت خانواده	
	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی	کنترل وضعیت بینایی (تکمیل فرم ارجاع، دریافت پاسخ و ثبت نتایج)	بهداشت خانواده	
		ارزیابی شنوایی (تکمیل فرم ارجاع، دریافت پاسخ و ثبت نتایج)	بهداشت خانواده	
غربالگری کم خونی / عفونت ادراری (انجام آزمایش و ثبت پاسخ)		بهداشت خانواده		
ارزیابی کم کاری مادرزادی تیروئید و افزایش گذرای TSH (آزمایش، ارجاع، دریافت نتیجه و ثبت)		بهداشت خانواده و پزشک		
ارزیابی اختلال گالاکتوزومی (انجام آزمایش ، ارجاع، دریافت نتیجه و ثبت آن)		بهداشت خانواده		
ارزیابی اختلال PKU (انجام آزمایش ، ارجاع، دریافت نتیجه و ثبت آن)		بهداشت خانواده		
ارزیابی اختلال فاویسم (انجام آزمایش ، ارجاع، دریافت نتیجه و ثبت آن)		بهداشت خانواده		

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	متخصص کودکان و بهداشت خانواده	پرسشنامه کنترل تکامل براساس ASQ (۰-۷سال)	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	متخصص کودکان و بهداشت خانواده	پرسشنامه شناسایی نوزادان با اختلال ذهنی ، جسمی و ناتوانی مادرزادی و ناهنجاری ژنتیک (ارزیابی ، ارجاع، دریافت نتیجه و ثبت)	
	متخصص کودکان و بهداشت خانواده	پرسشنامه شناسایی نوزادان نیازمند مراقبت ویژه (ارزیابی ، ارجاع، دریافت نتیجه و ثبت)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی وضعیت تغذیه کودک و مادر و وضعیت شیر دهی (ارزیابی نوع تغذیه کودک) شیر مادر یا کمکی) ، ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی حوادث و مرگ ومیر کودک (ارزیابی شرایط زندگی ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی بد رفتاری (ارزیابی شرایط زندگی ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت بینایی (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت شنوایی (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده و دندانپزشکی	پرسشنامه ارزیابی سلامت دهان و دندان (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک خانواده	مراقبت و ارزیابی پزشک خانواده (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	آموزش و ترغیب به شیر مادر ، آموزش و پیشگیری از بروز حوادث و مرگ ناگهانی و فرزند پروری	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	متخصص کودکان و بهداشت خانواده	مراقبت و ارزیابی متخصص کودکان (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت متخصص اطفال
	بهداشت خانواده	پیگیری موارد عدم یا تاخیر مراجعه و یا نیازمند بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت در دفتر پرونده الکترونیکی و گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

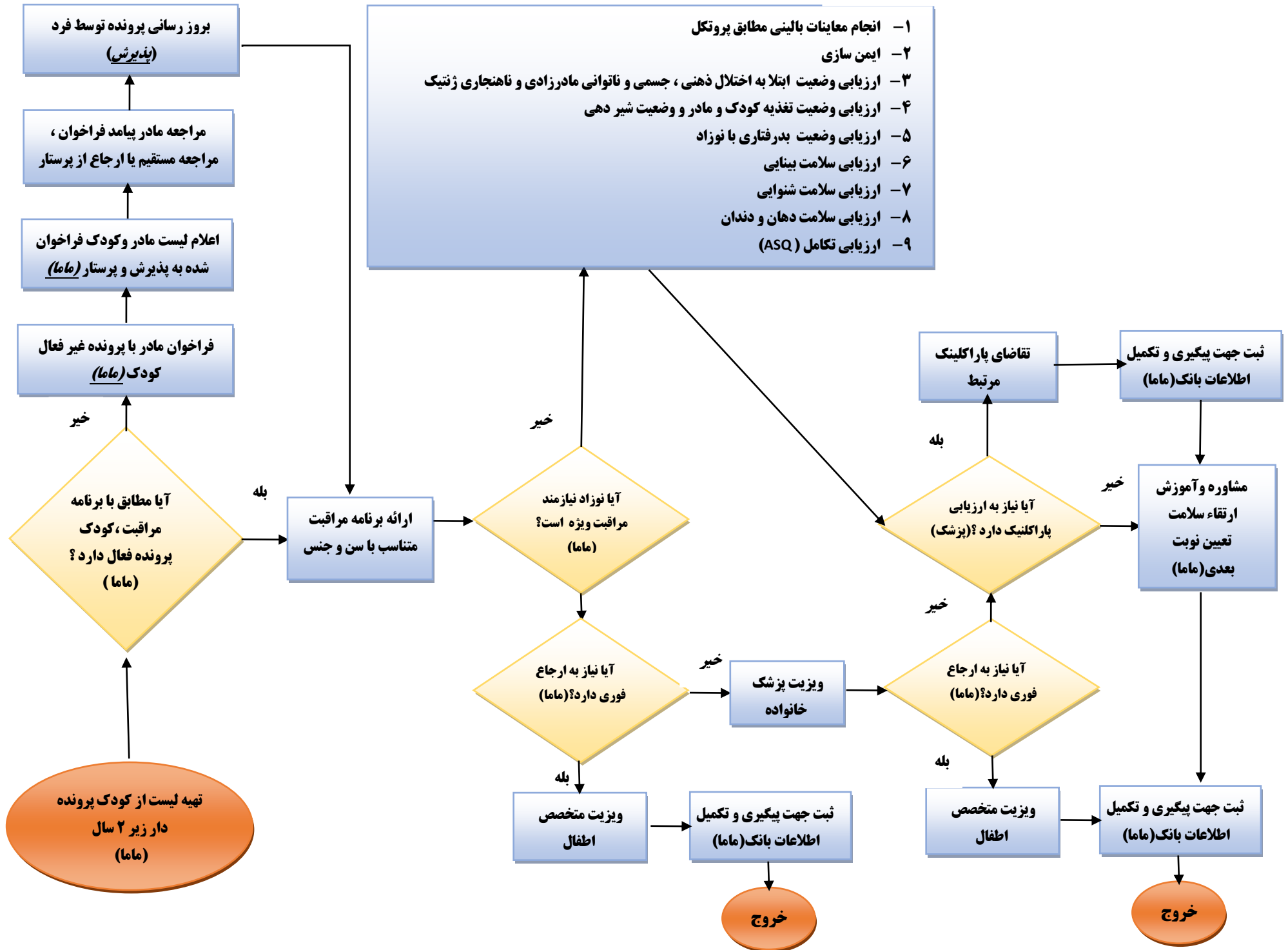
شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان مراقبت ادغام یافته سلامت کودک در سن ۲ تا ۷ سالگی انجام می شود شامل موارد زیر می باشد:

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش و بهداشت خانواده	تشکیل و تکمیل پرونده ۲ تا ۷ سال	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده ۲ تا ۶
	بهداشت خانواده	ایمن سازی	ایمن سازی
	پزشک و بهداشت خانواده	معاینه بالینی کودک و بررسی حال عمومی	معاینه بالینی ارگان
	بهداشت خانواده	ارزیابی و کنترل وزن / قد / ارزیابی BMI و تشخیص اختلالات وزن (طبقه بندی ادامه خدمات یا ارجاع به سطح بالاتر)	
جداول تشخیص فشارخون پیوست	پزشک خانواده	ارزیابی فشارخون براساس مستندات	
	پزشک خانواده	ارزیابی اندام ها : معاینه قفسه سینه ، قلب و عروق ، سر و گردن ، دهان و بینی ، گوش ، شکم ، ستون فقرات ، دست و پا و لگن ، دستگاه ادراری ، دستگاه تناسلی ، دستگاه گوارش (
	بهداشت خانواده	ارزیابی کودک نیازمند مراقبت ویژه (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	ارائه مکمل	
	بهداشت خانواده	کنترل وضعیت بینایی (تکمیل فرم ارجاع، دریافت پاسخ و ثبت نتایج)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	بهداشت خانواده	ارزیابی شنوایی (تکمیل فرم ارجاع، دریافت پاسخ و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	غربالگری عفونت ادراری (انجام آزمایش و ثبت پاسخ)	
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک جهت غربالگری اختلال لپید در دارندگان ریسک فاکتور	



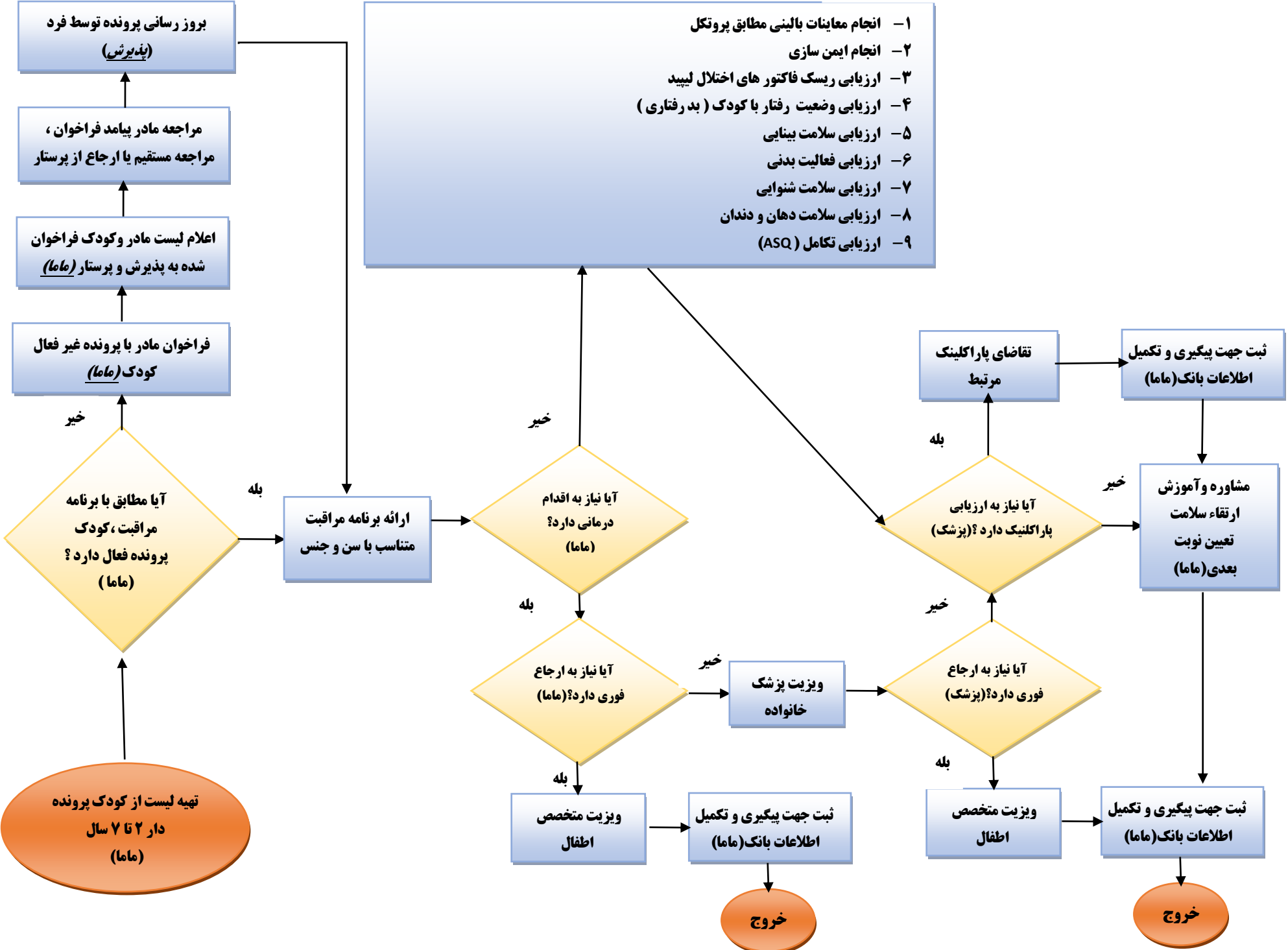
توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	متخصص کودکان و بهداشت خانواده	پرسشنامه کنترل تکامل براساس ASQ (۰-۷سال)	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی وضعیت تغذیه کودک و مادر و وضعیت شیر دهی (ارزیابی نوع تغذیه کودک) شیر مادر یا کمکی، ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی بد رفتاری (ازبایی شرایط زندگی ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت بینایی (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت شنوایی (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی فعالیت بدنی (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور اختلال لپید (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده و دندان پزشکی	پرسشنامه ارزیابی سلامت دهان و دندان (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک خانواده	مراقبت و ارزیابی پزشک خانواده (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	آموزش و ترغیب به تغذیه سالم، فعالیت بدنی، رعایت سلامت دهان و دندان، آموزش و پیشگیری از بروز حوادث و مرگ ناگهانی و فرزند پروری و ...	
	متخصص کودکان و بهداشت خانواده	مراقبت و ارزیابی متخصص کودکان (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت متخصص اطفال
	بهداشت خانواده	پیگیری موارد عدم یا تاخیر مراجعه و یا نیازمند بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت در دفتر و پرونده الکترونیکی و گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

فلوجارت مراقبت های بهداشت خانواده (کودک سالم زیر ۲ سال)



فلوچارت مراقبت های بهداشت خانواده (کودک سالم ۲ تا ۷ سال)

- ۱- انجام معاینات بالینی مطابق پروتکل
- ۲- انجام ایمن سازی
- ۳- ارزیابی ریسک فاکتور های اختلال لیپید
- ۴- ارزیابی وضعیت رفتار با کودک (بد رفتاری)
- ۵- ارزیابی سلامت بینایی
- ۶- ارزیابی فعالیت بدنی
- ۷- ارزیابی سلامت شنوایی
- ۸- ارزیابی سلامت دهان و دندان
- ۹- ارزیابی تکامل (ASQ)

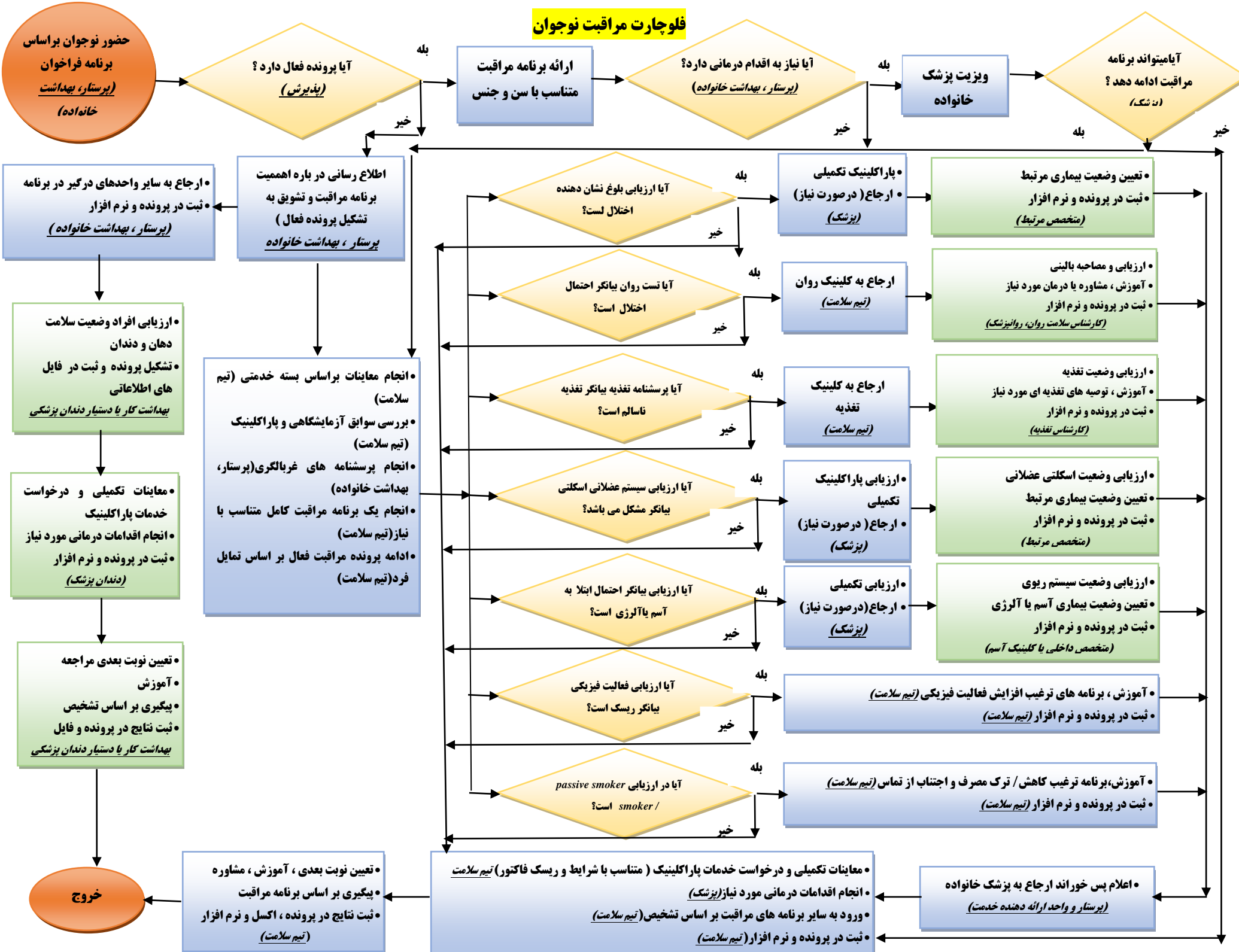


۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان مراقبت ادغام یافته سلامت نوجوان ارائه میشود ، شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش و بهداشت خانواده	تشکیل و تکمیل پرونده	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده نوجوان
	بهداشت خانواده	ایمن سازی	ایمن سازی
	بهداشت خانواده	گرفتن نبض ، اندازه گیری درجه حرارت و تنفس	معاینه بالینی ارگان
	بهداشت خانواده	کنترل وزن / قد / ارزیابی BMI و تشخیص و درمان اختلالات وزنی	
جداول تشخیص فشارخون پیوست	پزشک خانواده	ارزیابی و غربالگری فشارخون بالا(گرفتن فشار خون دو دست ، تشخیص ، ارجاع ، دریافت پاسخ ، ثبت اقدامات)	
	بهداشت خانواده و پزشک	ارزیابی و بررسی سلامت ارگان های بدن ، دستگاه ادراری و تناسلی (معاینه بالینی ، ارزیابی اختلالات مادرزادی و ژنتیک و... ارجاع، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک و بهداشت خانواده	ارزیابی اختلالات تیروئید(معاینه بالینی ، ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک ارزیابی اختلالات تیروئید	
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک جهت غربالگری اختلال لیپید در دارندگان ریسک فاکتور	
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک جهت غربالگری دیابت در نوجوان دارای ریسک فاکتور	
	پزشک و بهداشت خانواده	غربالگری و بررسی از نظر اختلالات خونی و هیپاتیت	
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک در موارد مورد نیاز برای ارزیابی وضعیت بلوغ	
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک در موارد مورد نیاز برای ارزیابی و بررسی سلامت دستگاه ادراری و تناسلی و اختلالات مادرزادی و ژنتیک	
	پزشک و بهداشت خانواده	درخواست پاراکلینیک در موارد مورد نیاز برای ارزیابی و بررسی سلامت عضلانی و اسکلتی	

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های اختلال لیپید ، دیابت	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی وضعیت بلوغ (تعیین وضعیت و روند بلوغ و عوامل موثر بر بلوغ زودرس یا دیررس ، ارجاع، تشخیص عوامل، دریافت پاسخ و ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی و بررسی سلامت عضلانی و اسکلتی (معاینه بالینی ، ارجاع اختلالات کیفوز ، اسکلیوز و... ، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های مرتبط با سلامت (تغذیه سالم)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های مرتبط با سلامت (، تحرک بدنی)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های مرتبط با سلامت (الگوی مصرف دخانیات)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت بینایی (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت شنوایی (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت)	
	پزشک خانواده	مراقبت و ارزیابی پزشک خانواده و پاسخ به نیازهای درمانی (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	پزشک خانواده	مدیریت ، کنترل و درمان فشارخون بالا(درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک خانواده	مدیریت ، کنترل و درمان دیابت (درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک خانواده	مدیریت ، کنترل و درمان اختلال لیپید (درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	آموزش ارتقای سلامت (چهره به چهره، برگزاری کلاس آموزشی، ثبت اقدامات)	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	کارشناس روان و بهداشت خانواده	آموزش مهارتهای زندگی و پیشگیری از رفتار های پر خطر	
	کارشناس روان و بهداشت خانواده	آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد و دخانیات ، حوادث و سوانح	
	متخصص و بهداشت خانواده	مراقبت و ارزیابی متخصص در صورت نیاز (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت متخصص مرتبط
	بهداشت خانواده	پیگیری موارد عدم یا تاخیر مراجعه و یا نیازمند به بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت دردفتر و پرونده الکترونیکی و گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

فلوجارت مراقبت نوجوان



۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان خدمات پیش از بارداری انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت	
	پذیرش و بهداشت خانواده		فراخوان و تشکیل و تکمیل پرونده سلامت باروری	
	بهداشت خانواده		ایمن سازی	
	بهداشت خانواده	گرفتن نبض ، اندازه گیری درجه حرارت و تنفس، معاینه زردی چشم، معاینه رحم	معاینه بالینی ارگان	
	بهداشت خانواده	کنترل وزن /قد/ ارزیابی BMI و تشخیص و درمان اختلالات وزنی		
	بهداشت خانواده ، پزشک خانواده	ارزیابی فشارخون و غربالگری فشارخون بالا(گرفتن فشارخون دو دست ، تشخیص، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	معاینه واژینال و غربالگری سرطان سرویکس (انجام پاپ اسمیر، ارجاع ، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری)		
	بهداشت خانواده	معاینه و غربالگری سرطان پستان(معاینه ،ارجاع ، تشخیص ،دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	تعیین گروه مراقبت ویژه و ارائه خدمات مناسب(ارجاع،دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	تشخیص بیماری های زنان و درمان و تجویز دارو مطابق با شرح اختیارات ، ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج		
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور سرطان breast		تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های سرطان دستگاه تناسلی زنان		
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی عوامل خطر اصلی (تغذیه سالم ، الگوی مصرف دخانیات ، فعالیت فیزیکی ، سلامت روان ، رز در زنان بالای ۴۰ سال و...)		

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده	ارجاع پاپ اسمیر، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج، پیگیری)	خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	بهداشت خانواده	ارجاع برای خدمات تشخیصی بیماری های پستان (سونوگرافی، ماموگرافی، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی پاراکلینیک مورد نیاز برای تشخیص استئوپروز در دارندگان ریسک فاکتور (ازمایش و BMD)	
	بهداشت خانواده	غربالگری کم خونی (ارجاع، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	ارزیابی پاراکلینیک مرتبط با سلامت کبد در دارندگان ریسک فاکتور	
	بهداشت خانواده و سلامت دهان دندان	خدمات سلامت دهان و دندان (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	مراقبت و مداخلات درمانی متناسب با نیاز (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	مداخلات درمانی، دارویی و مراقبت پزشک خانواده
	پزشک خانواده	مدیریت، کنترل و درمان فشارخون بالا (درمان، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک خانواده	مدیریت، کنترل و درمان دیابت (درمان، ثبت نتایج و پیگیری)	
	پزشک خانواده	مدیریت، کنترل و درمان اختلال لیپید (درمان، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	مشاوره سلامت باروری	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	بهداشت خانواده	آموزش ارتقای سلامت (چهره به چهره، برگزاری کلاس آموزشی، ثبت آن)	
	متخصص و بهداشت خانواده	مراقبت و ارزیابی متخصص در صورت نیاز (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت تخصصی مرتبط
	بهداشت خانواده	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت در دفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین. گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان مراقبت ادغام یافته سلامت بارداری انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت	
	پذیرش و بهداشت خانواده		فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده سلامت بارداری	
	بهداشت خانواده		ایمن سازی	
	بهداشت خانواده	گرفتن نبض، اندازه گیری درجه حرارت و تنفس، معاینه رحم	معاینه بالینی ارگان	
	بهداشت خانواده	کنترل وزن /قد/ ارزیابی BMI و تشخیص و درمان اختلالات وزنی		
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی فشارخون و غربالگری فشار خون مزمن یا فشارخون حین بارداری (گرفتن فشار خون دو دست ، تشخیص، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)		
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	معاینه بالینی سایر اندام ها ، ارزیابی ادم پا و ...		
	بهداشت خانواده	ثبت نتایج و معاینات بارداری و زایمان (معاینه سلامت جنین ، مادر ، ثبت سقط مرده زایی مرگ مادر مرگ جنین و حوادث و...)		
	بهداشت خانواده	معاینه واژینال و غربالگری سرطان سرویکس در صورت لزوم طبق دستورالعمل در زن باردار (انجام پاپ اسمیر، ارجاع ، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری)		
	بهداشت خانواده	معاینه و غربالگری پستان در صورت لزوم طبق دستورالعمل در زن باردار (معاینه، ارجاع ، تشخیص ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	تعیین گروه مراقبت ویژه و ارائه خدمات (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع، ثبت نتایج و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	تجویز مکمل و داروهای مجاز طبق شرح وظایف در دوران بارداری و پس از زایمان		مداخلات درمانی، دارویی و مراقبت کارشناس مامایی
	بهداشت خانواده	کنترل بیماریهای زنان در بارداری (تشخیص، درمان و تجویز دارو طبق شرح وظایف، ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری) ، عفونتهای واژینال ، ماستیت و ...		

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده	ارزیابی های پاراکلینیک اولیه متناسب با برنامه (ارجاع , دریافت پاسخ ارجاع , ثبت نتایج و پیگیری)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	بهداشت خانواده	انجام آزمایش های غربالگری دیابت بارداری	
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	انجام سونوگرافی های دوره ای جهت تعیین سلامت جنین	
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	غربالگری اختلالات مادرزادی و ژنتیک (ارجاع پاراکلینیک ، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و سلامت دهان و دندان	خدمات سلامت دهان و دندان (ارجاع , دریافت پاسخ ارجاع , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	مدیریت و درمان بیماری شایع	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت پزشک خانواده
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت و کنترل دیابت مزمن یا دیابت بارداری (تشخیص و درمان، ارجاع , دریافت پاسخ ارجاع , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت و کنترل فشار خون مزمن یا فشار خون حین بارداری (ارجاع , تشخیص و درمان , دریافت پاسخ ارجاع , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده کارشناس روان	ارزیابی سلامت روان (تکمیل، ارجاع , مصاحبه تشخیص و درمان , ثبت نتایج , دریافت پاسخ ارجاع و پیگیری)	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور اختلالات مادرزادی و ژنتیک	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت بیماری های مزمن (دیابت بارداری ، فشارخون بارداری و ..)	

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده	مشاوره سلامت بارداری	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	بهداشت خانواده	آموزش ارتقای سلامت (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت)	
	بهداشت خانواده	برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان از هفته ۲۰ تا ۳۷ بارداری	
	بهداشت خانواده	آموزش شیردهی و تغذیه کمکی به نوزاد پس از زایمان	
	بهداشت خانواده	آموزش مراقبت مادر پس از زایمان (بافت پستان ، کاهش عفونت واژینال ، وسیله جلوگیری مناسب و ...)	
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	مدیریت اختلالات مادرزادی و ژنتیک (ارزیابی سلامت مادر و جنین تشخیص و کنترل ، پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	ویزیت تخصصی مرتبط
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	درمان بیماران ارجاعی ، پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری	
	بهداشت خانواده	پیگیری موارد عدم یا تاخیر مراجعه و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری ، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات ، ثبت در دفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان خدمات پس از زایمان انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت	
	پذیرش و بهداشت خانواده	تشکیل و تکمیل پرونده	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده سلامت بارداری	
	بهداشت خانواده	ایمن سازی و ادامه برنامه آن	ایمن سازی	
	بهداشت خانواده	گرفتن نبض، اندازه گیری درجه حرارت و تنفس، معاینه رحم	معاینه بالینی ارگان	
	بهداشت خانواده	کنترل وزن /قد/ ارزیابی BMI و تشخیص و درمان اختلالات وزنی		
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی فشارخون مزمن یا فشارخون حین بارداری و یا غربالگری فشارخون (گرفتن فشارخون دو دست ، تشخیص، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)		
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	معاینه بالینی سایر اندام ها ، ارزیابی ادم پا و ...		
	بهداشت خانواده	معاینه واژینال و غربالگری سرطان سرویکس در مراقبت های پس از زایمان (انجام پاپ اسمیر، ارجاع ، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری)		
	بهداشت خانواده	معاینه و غربالگری پستان پس از زایمان (معاینه ،ارجاع ، تشخیص ،دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	تعیین گروه مراقبت ویژه و ارائه خدمات (ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع ،ثبت نتایج و پیگیری)		
	بهداشت خانواده	تجویز مکمل و داروهای مجاز طبق شرح وظایف پس از زایمان		مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت کارشناس مامایی
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	کنترل بیماریهای زنان پس از زایمان (تشخیص، درمان و تجویز دارو طبق شرح وظایف ،ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری) ، عفونتهای واژینال ، ماستیت و ...		



توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	ارزیابی های پاراکلینیک اولیه متناسب با برنامه (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی پاراکلینیک در بیماران نیازمند مراقبت ویژه (دیابت بارداری)	
	بهداشت خانواده ، واحد سلامت دهان و دندان	خدمات سلامت دهان و دندان (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	مدیریت و درمان بیماری شایع	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت پزشکی خانواده
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت و کنترل دیابت مزمن یا دیابت بارداری (تشخیص و درمان، ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت و کنترل فشار خون مزمن یا فشار خون حین بارداری (ارجاع ، تشخیص و درمان ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و کارشناس روان	ارزیابی سلامت روان پس از زایمان (تکمیل پرسشنامه ادینبرگ پس از زایمان ، ارجاع ، مصاحبه تشخیص و درمان ، ثبت نتایج ، دریافت پاسخ ارجاع و پیگیری)	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	تیم سلامت خانواده	آموزش ارتقای سلامت (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت)	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	تیم سلامت خانواده	آشنایی با عوامل موثر بر رشد و تکامل کودک شامل تغذیه با شیر مادر ، مکمل ها، غذای کمکی ، تکامل کودک و ... (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت)	
	بهداشت خانواده	آموزش مراقبت مادر پس از زایمان (بافت پستان ، کاهش عفونت واژینال ، وسیله جلوگیری مناسب و ...)	
	بهداشت خانواده و متخصص مربوطه	درمان بیماران ارجاعی ، پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری	ویزیت متخصص مرتبط
	بهداشت خانواده	پیگیری موارد عدم یا تاخیر مراجعه و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت دردفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان مراقبت ادغام یافته سلامت منوپوز انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

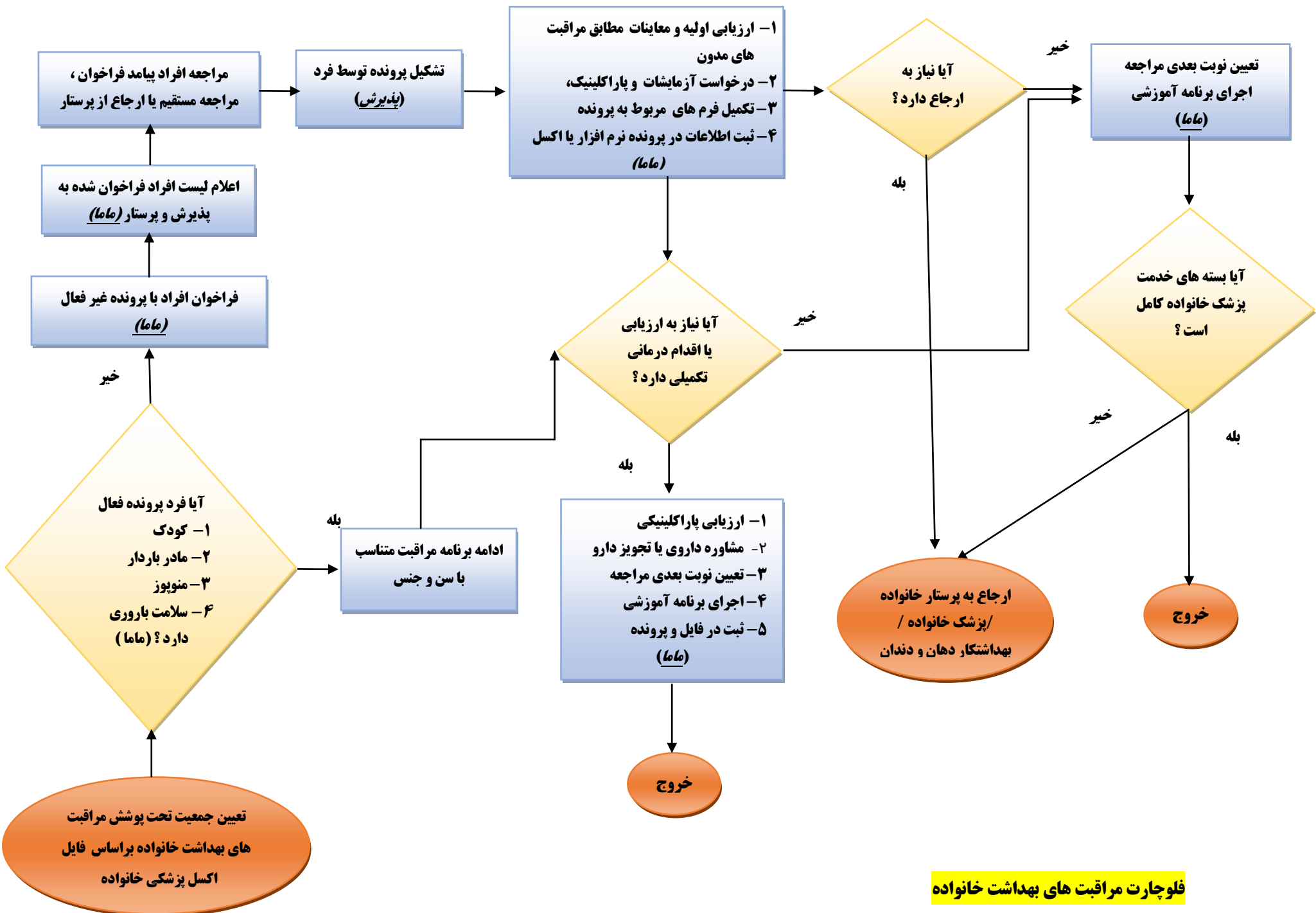
توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش و بهداشت خانواده		فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده سلامت بارداری
	بهداشت خانواده		ایمن سازی
	بهداشت خانواده	ارزیابی های بالینی(نبض ، اندازه گیری درجه حرارت و تنفس، معاینه زردی چشم، معاینه رحم ، ثبت نتایج و پیگیری)	معاینه بالینی ارگان
	بهداشت خانواده	کنترل وزن /قد/ ارزیابی BMI، تشخیص و درمان اختلالات وزنی	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی و غربالگری فشارخون بالا(گرفتن فشار خون دو دست ، تشخیص، دریافت پاسخ ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	معاینه واژینال و غربالگری سرطان سرویکس (انجام پاپ اسمیر، ارجاع ، تشخیص، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری)	
	بهداشت خانواده	معاینه و غربالگری سرطان پستان(معاینه ،ارجاع ، تشخیص ،دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	تعیین گروه های مراقبت ویژه و ارائه خدمات مناسب (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ،ثبت نتایج و پیگیری)	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت کارشناس مامایی
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	تشخیص بیماری های زنان ،درمان و تجویز دارو مطابق با شرح اختیارات(ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	بهداشت خانواده	غربالگری کم خونی(ارجاع ،تشخیص و درمان ، دریافت پاسخ ارجاع ،ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	ارزیابی سلامت کبد(ارزیابی ریسک فاکتور و انجام آزمایش در دارندگان ریسک فاکتور)	
	بهداشت خانواده و متخصص مربوطه	غربالگری سرطان روده بزرگ (کولونوسکوپی و خدمات تکمیلی ،تشخیص، پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	انجام خدمات تشخیصی بیماری های پستان (سونو گرافی ، ماموگرافی ، تشخیص ،دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری) ، سونوگرافی ترانس واژینال بر اساس امکانات منطقه برای شناسایی سرطان تخمدان در زنان با اضافه وزن و چاقی	
	بهداشت خانواده	انجام پاپ اسمیر، تشخیص ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری)	ارزیابی پاراکلینیک مورد نیاز برای تشخیص استئوپروز در دارندگان ریسک فاکتور (ازمایش و BMD)
	بهداشت خانواده		

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده	مراقبت و مداخلات درمانی متناسب با نیاز (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت پزشکی خانواده
	بهداشت خانواده ، پزشک خانواده ، تغذیه	مدیریت ، کنترل و درمان اختلالات وزن (درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت ، کنترل و درمان فشارخون بالا (درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت ، کنترل و درمان دیابت (درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت ، کنترل و درمان اختلال لیپید (درمان ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	تشخیص و درمان اختلال استتوپروز (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور سرطان روده بزرگ (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، تشخیص ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور سرطان پستان (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، تشخیص ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور سرطان ژنیتال (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، تشخیص ، ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های سلامت کبد	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های استتوپروزیس	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی عوامل خطر اصلی	
	تیم سلامت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت روان	
	تیم سلامت خانواده	پرسشنامه ارزیابی سلامت دوران سالمندی (آلزایمر ، سقوط ، عدم تعادل و ...)	
	تیم سلامت خانواده	مشاوره زندگی سالم در دوران سالمندی و منوپوز (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت)	
	تیم سلامت خانواده	آموزش ارتقای سلامت متناسب با سابقه بیماری یا پیشگیری از آن (چهره به چهره ، برگزاری کلاس آموزشی ، ثبت)	
	بهداشت خانواده ، متخصص مربوطه	مراقبت و ارزیابی متخصص در صورت نیاز (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت تخصصی مرتبط
	بهداشت خانواده	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری ، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات ، ثبت در دفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

۱- شرح خدمات : اقداماتی که تحت عنوان مراقبت ادغام یافته سلامت باروری انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

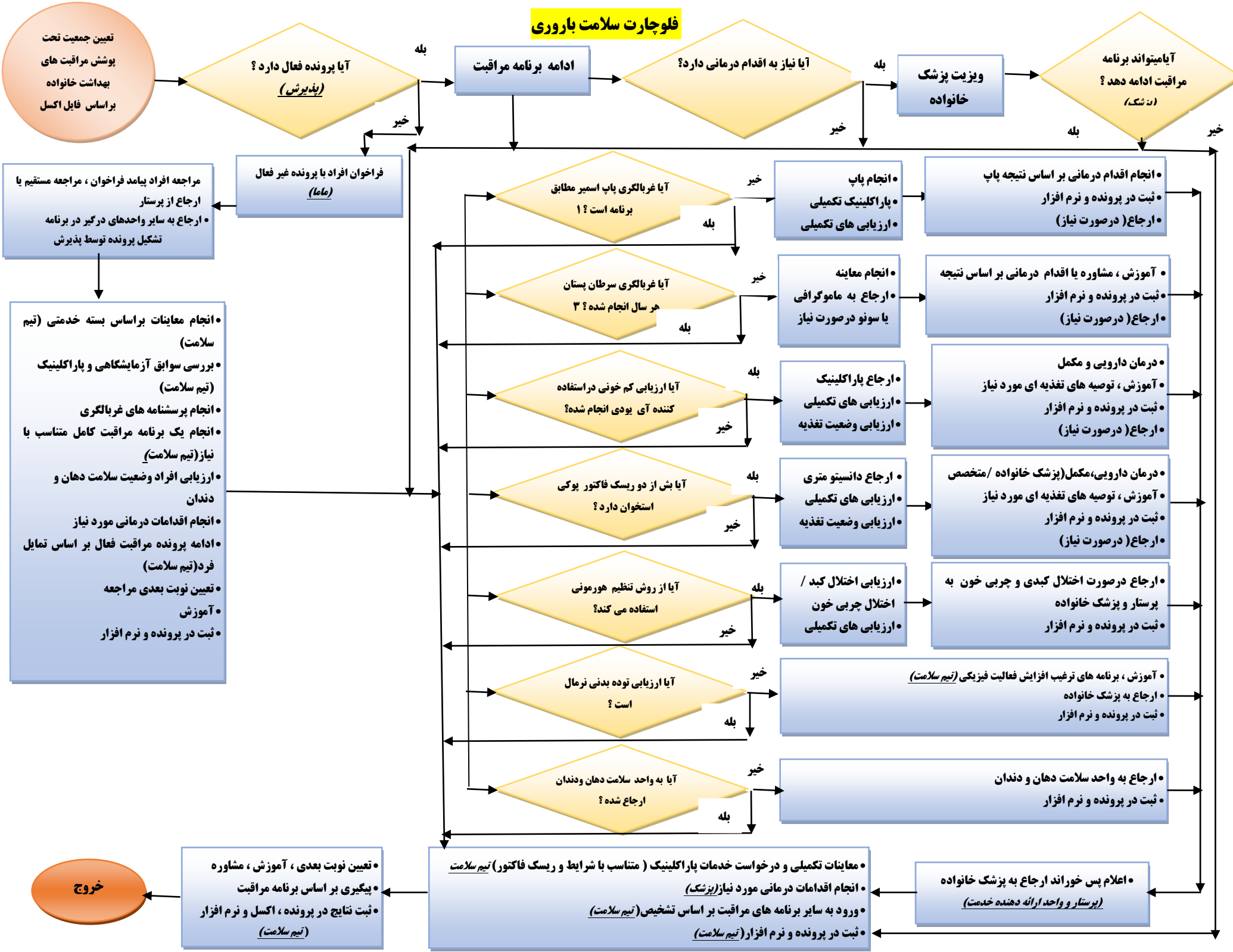
توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پذیرش و بهداشت خانواده	تشکیل و تکمیل پرونده	فراخوان و تشکیل و تکمیل پرونده سلامت باروری
	بهداشت خانواده	ایمن سازی	ایمن سازی
	بهداشت خانواده	گرفتن نبض ، اندازه گیری درجه حرارت و تنفس، معاینه زردی چشم، معاینه رحم	معاینه بالینی ارگان
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	کنترل وزن /قد/ ارزیابی BMI و تشخیص و درمان اختلالات وزنی	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی و غربالگری فشارخون بالا(گرفتن فشار خون دو دست ، تشخیص، دریافت پاسخ ، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	معاینه واژینال ، غربالگری سرطان سرویکس (پاپ اسمیر، ارجاع ، تشخیص، دریافت پاسخ ، ثبت ، پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	معاینه و غربالگری سرطان پستان(معاینه، ارجاع ، تشخیص ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	تعیین گروه مراقبت ویژه و ارائه خدمات مناسب(ارجاع، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت کارشناس مامایی
	بهداشت خانواده و متخصص زنان	تشخیص بیماری های زنان، درمان و تجویز دارو مطابق با شرح اختیارات(ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	
	بهداشت خانواده	ارائه روش پیشگیری دائمی یا غیر دائمی(مراقبت از عوارض یا شکست روش ، ارزیابی موارد منع ، دلایل تغییر روش ، ارجاع ، ثبت اقدامات ، دریافت پاسخ ارجاع و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	ارجاع پاپ اسمیر، تشخیص ، دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج ، پیگیری)	خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارجاع برای خدمات تشخیصی بیماری های پستان (سونو گرافی ، ماموگرافی ، تشخیص ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی پاراکلینیک برای تشخیص استئوپروز در دارندگان ریسک فاکتور (آزمایش و BMD)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	غربالگری کم خونی(ارجاع ، تشخیص ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	ارزیابی پاراکلینیک مرتبط با سلامت کبد در دارندگان ریسک فاکتور	
	بهداشت خانواده ، واحد سلامت دهان و دندان	خدمات سلامت دهان و دندان (ارجاع ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور سرطان breast	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک فاکتور های سرطان دستگاه تناسلی زنان	
	بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی عوامل خطر اصلی	
	بهداشت خانواده	مراقبت و مداخلات درمانی متناسب با نیاز (ارجاع , دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	مداخلات درمانی ، دارویی و مراقبت پزشکی خانواده
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت , کنترل و درمان فشارخون بالا(درمان , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت , کنترل و درمان دیابت (درمان , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده و پزشک خانواده	مدیریت , کنترل و درمان اختلال لیپید (درمان , ثبت نتایج و پیگیری)	
	بهداشت خانواده	مشاوره سلامت باروری	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	تیم سلامت خانواده	آموزش ارتقای سلامت (چهره به چهره , برگزاری کلاس آموزشی , ثبت آن)	
	تیم سلامت خانواده	آموزش ارتقای سلامت متناسب با سابقه بیماری یا پیشگیری از آن(چهره به چهره , برگزاری کلاس آموزشی , ثبت)	
	بهداشت خانواده	مراقبت و ارزیابی متخصص در صورت نیاز (ارجاع , دریافت پاسخ ارجاع و ثبت نتایج)	ویزیت متخصص مرتبط
	بهداشت خانواده	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات, ثبت دردفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و کارت مراجعین . گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

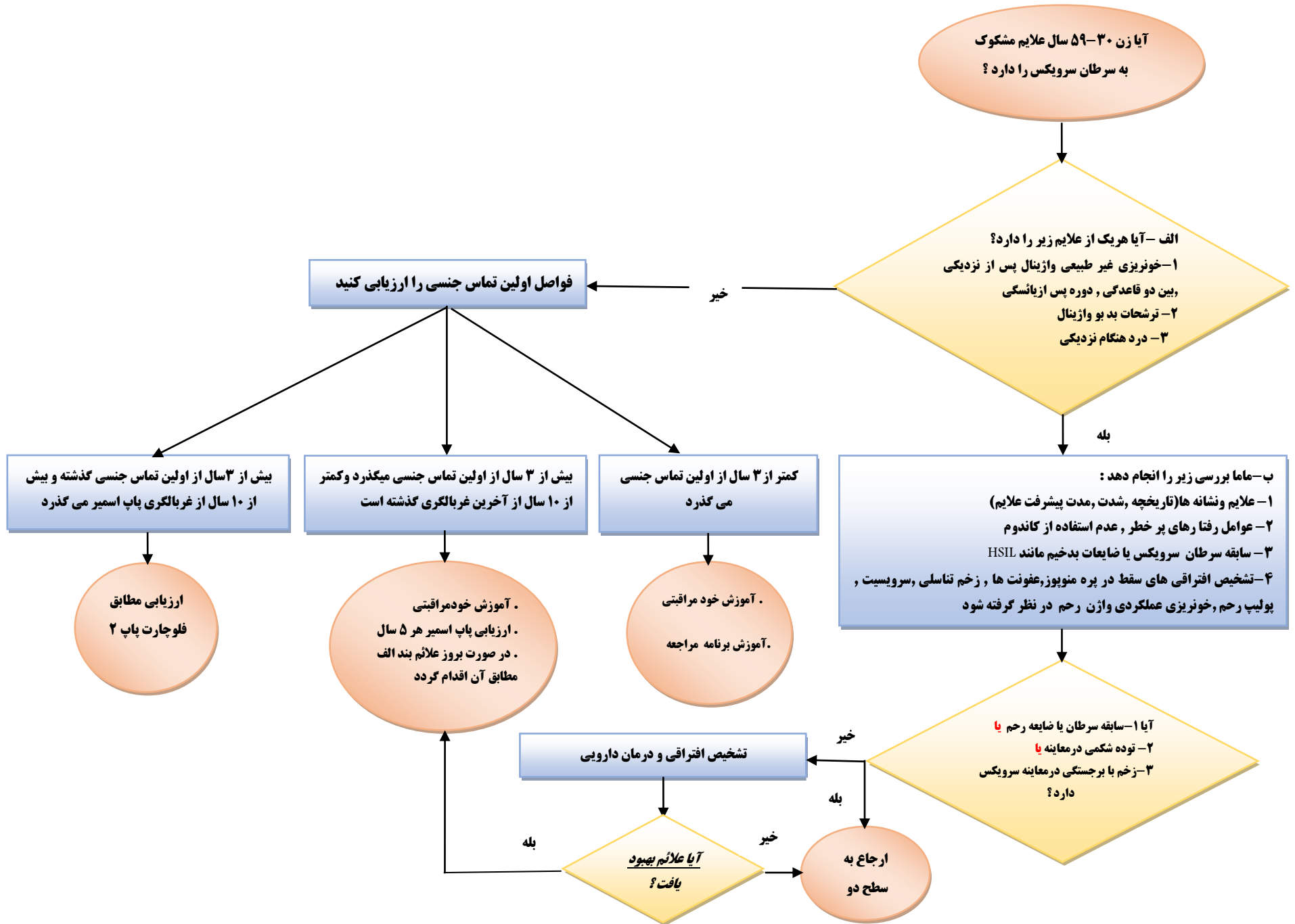


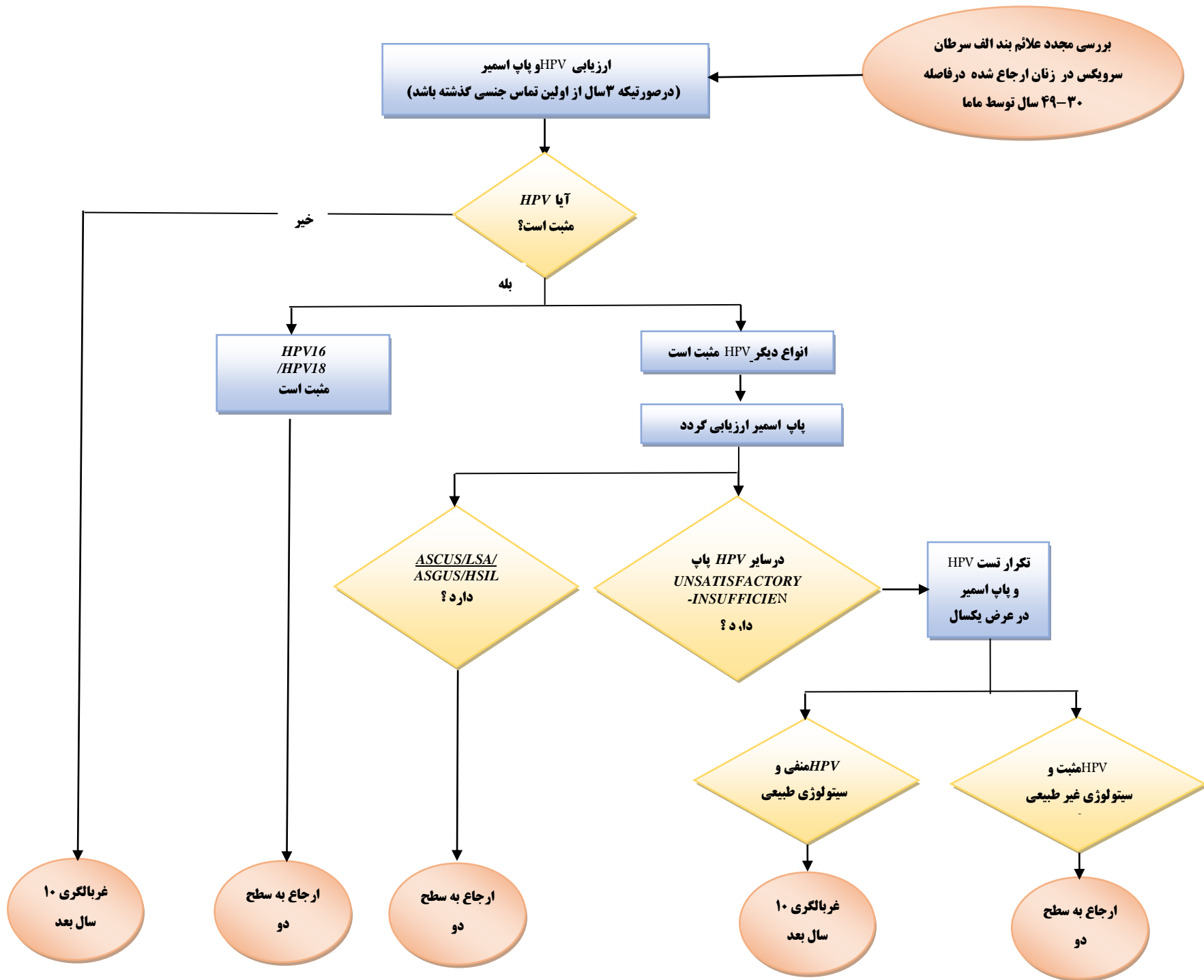
فلوجارت مراقبت های بهداشت خانواده

فلوجارت سلامت باروری

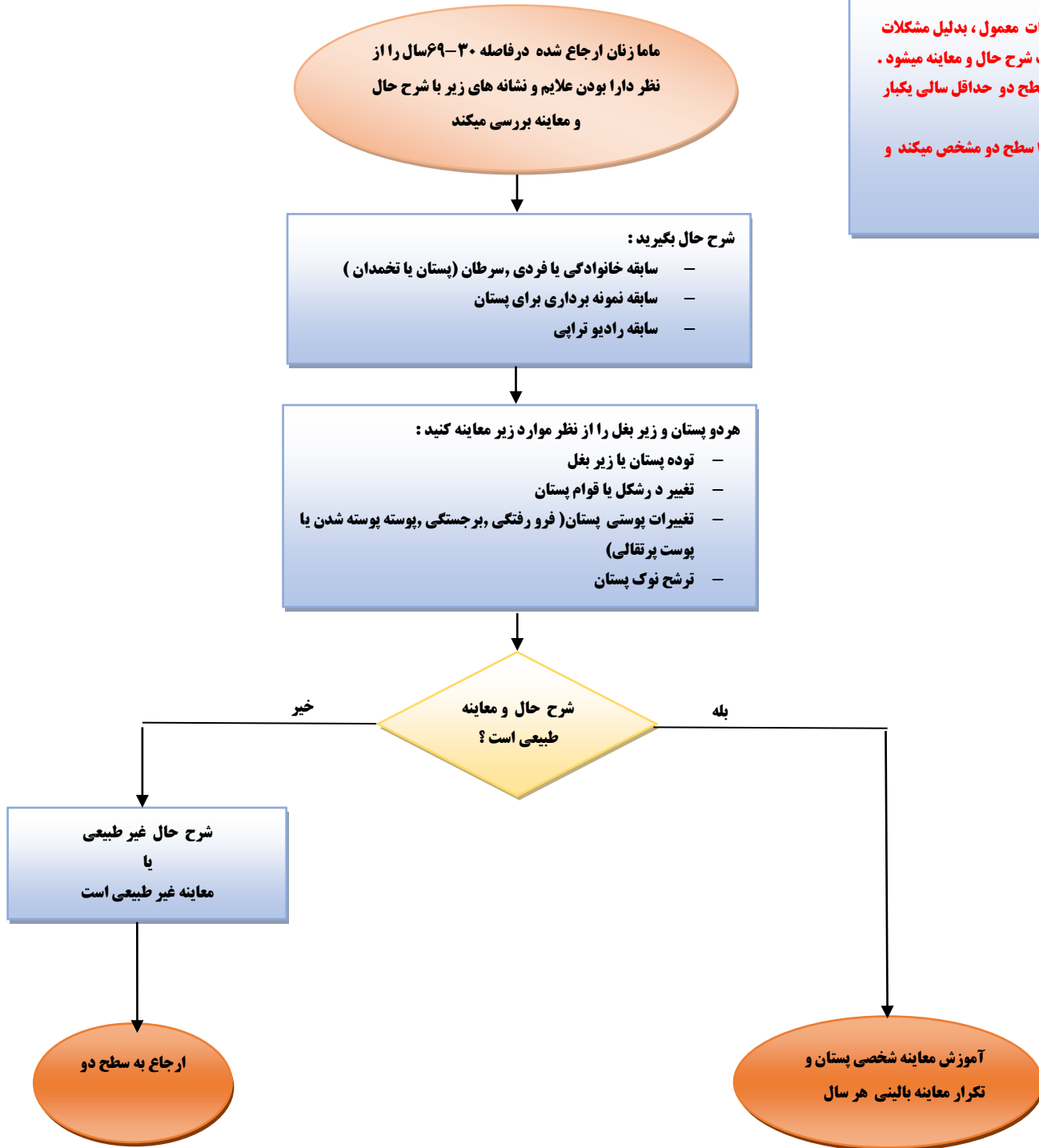


فلوجارت شماره (۱) ورود به برنامه غربالگری سرطان سرویکس: اگر سن زن زیر ۳۰ سال یا بالای ۵۹ سال است یا در فواصل بین معاینات معمول با علائم مشکوک به سرطان دهانه رحم مراجعه کند مطابق فلوجارت شرح حال بگیرید. معاینه کنید و تصمیم بگیرید





فلوجارت ۱ - غربالگری و تشخیص سرطان پستان



توجه:

- ۱- در هر زنی با هر سنی که در فواصل بین معاینات معمول، بدلیل مشکلات پستان مراجعه کرده باشد مطابق همین فلوجارت شرح حال و معاینه میشود.
- ۲- در موارد شرح حال مثبت فواصل ارجاع به سطح دو حداقل سالی یکبار است.
- ۳- در موارد معاینه غیر طبیعی فواصل ارجاع را سطح دو مشخص میکنند و حداقل سالی یکبار انجام شود

جدول برنامه فراخوان در مراقبت های بهداشتی تعیین شده

ردیف	گروه سنی / جنسی	نام برنامه	تواتر فراخوان	ارائه دهنده خدمت
۱	۰-۷ سال	برنامه کودک سالم	۰ تا ۲۸ روزه	ماما و پذیرش
			۱ ماهه تا ۲ سال تمام	
			۳ ساله تا ۷ سال تمام	
۳	۸-۱۸ سال	خدمات نوجوان و غربالگری بر اساس پرسشنامه	سالیانه	پرستار یا ماما و پذیرش
۴	۱۸ سال به بالا	معاینات دوره ای خانواده و غربالگری بر اساس پرسشنامه	سالیانه	پرستار یا ماما و پذیرش
۵	زنان شوهر دار در سن باروری و تمایل به بارداری دارند	خدمات پیش از بارداری	سالیانه	ماما و پذیرش
۶	کلیه زنان باردار	خدمات مادر باردار، مراقبت عادی، ویژه	۸ بار در مراقبت عادی و در مراقبت ویژه متناسب با نیاز	ماما و پذیرش
۷	کلیه زنان با ختم بارداری	بسته خدمات پس از زایمان	۳ بار پس از زایمان	ماما و پذیرش
۸	کلیه زنان منوپوز	بسته خدمات منوپوز	سالیانه	ماما و پذیرش
۹	کلیه زنان ازدواج کرده در سنین باروری	بسته خدمات سلامت باروری	۳ بار سالیانه	ماما و پذیرش
۱۰	کلیه رده های سنی	بسته خدمات سلامت روان	سالیانه	پرستار یا ماما و پذیرش
۱۲		بسته خدمات مراقبت سلامت دهان و دندان	سالیانه	پرستار یا ماما و پذیرش
۱۴	کلیه افراد با تشخیص دیابت	بسته خدمات مراقبت بیماری دیابت	۴ بار در سال	پرستار و پذیرش
۱۵	کلیه افراد با تشخیص فشارخون بالا	بسته خدمات مراقبت بیماری فشار خون بالا	۴ بار در سال	پرستار و پذیرش
۱۶	کلیه افراد با تشخیص اختلال چربی خون	بسته خدمات مراقبت بیماری اختلالات چربی خون	۴ بار در سال	پرستار و پذیرش
۱۷	کلیه افراد با تشخیص اختلال وزن	ارائه بسته خدمات مراقبت اختلالات وزن	۴ بار در سال	پرستار و پذیرش
۱۸	کلیه افراد تشخیص داده شده به آسم یا آلرژی	ارائه بسته خدمات مراقبت آسم و آلرژی	سالیانه	پرستار یا پذیرش
۱۹	ایجاد پرونده های فعال در سلامت خانواده	ارائه مراقبت های درمانی و فعال نمودن پرونده ها	۱- سالیانه برای جامعه عمومی ۲- تعداد مراقبت تقسیم بر دو به اضافه یک، بازای هر برنامه مراقبت	تیم سلامت

جدول فرآیند ثبت اقدامات بهداشتی تعیین شده: در واحد سلامت خانواده توجه به امر گردش اطلاعات در واحد بهداشت خانواده و پرستار و پزشک خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است لذا در ارزیابی شاخص های عملکردی این موضوع مورد توجه جدی قرار می گیرد

ردیف	نام برنامه	اقدام	نحوه ثبت اطلاعات	عنوان ثبت اطلاعات	مسئول تایید	مسئول ثبت و تبادل اطلاعات
۱	مراقبت دیابت	تشخیص بیماری دیابت (در هر کدام از برنامه های مراقبت)	در سلول دیابت در فایل پزشک خانواده	تاریخ مطابق با اولین زمان تشخیص در واحد سلامت	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		تشخیص دیابت بارداری GDM	مصرف انسولین در بیمار دیابتی با ثبت در شیت سایر بیماری ها، در زمان تشخیص	با انتخاب "دیابتی مصرف کننده انسولین" از لیست Combo	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		تشخیص دیابت بارداری IGT، IFG	در زمان تشخیص با تایید پزشک در فایل بهداشت خانواده ثبت و سپس گزارش به پرستاری جهت ثبت در شیت سایر بیماری ها	با انتخاب "دیابت بارداری" از لیست Combo	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		عوارض دیابت	در سلول دیابت (در صورت تغییر به دیابت، و یا بهبودی بدون مصرف دارو پس از یک سال در مراجعه بعدی این تشخیص حذف گردد)	تاریخ مندرج در هر سال بروز رسانی شود	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		تشخیص فشارخون (در هر کدام از برنامه های مراقبت)	در شیت سایر در زمان تشخیص (در صورت بهبودی پای دیابتی در ارزیابی سالیانه این تشخیص حذف گردد)	با انتخاب "پای دیابتی"؛ "رتینوپاتی"؛ "نوروپاتی"؛ "از لیست Combo	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
۲	مراقبت فشارخون بالا	تشخیص فشارخون (در هر کدام از برنامه های مراقبت)	در سلول فشارخون در فایل پزشک خانواده	تاریخ مطابق با اولین زمان تشخیص در واحد سلامت	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		تشخیص فشارخون بارداری	در زمان تشخیص با تایید پزشک در فایل بهداشت خانواده ثبت و سپس گزارش به پرستاری جهت ثبت در شیت سایر بیماری ها	با انتخاب "اکلامپسی" یا "پره اکلامپسی" از لیست Combo	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		تشخیص پره هیپر تانسیون	در سلول فشارخون (در صورت تغییر به فشارخون بالا، و یا بهبودی بدون مصرف دارو، در ارزیابی های سالیانه این تشخیص حذف گردد)	تاریخ مندرج در هر سال بروز رسانی شود	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
		عوارض فشارخون بالا	در شیت سایر در زمان تشخیص	با انتخاب "TIA"؛ "رتینوپاتی"؛ "CVA"؛ از لیست Combo	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده



ردیف	نام برنامه	اقدام	نحوه ثبت اطلاعات	عنوان ثبت اطلاعات	مسئول تایید	مسئول ثبت و تبادل اطلاعات
۳	مراقبت اختلال چربی خون	تشخیص اختلالات چربی خون	در سلول اختلال چربی خون در فایل پزشک خانواده و بهداشت خانواده	تاریخ مطابق تشخیص در واحد سلامت بایستی هر سال بر اساس آخرین وضعیت بروز رسانی شود	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
۴	مراقبت اختلال وزن	تشخیص اختلالات وزن	در سلول اختلال وزن در فایل پزشک خانواده	تاریخ مطابق تشخیص در واحد سلامت بایستی هر سال بر اساس آخرین وضعیت بروز رسانی شود	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
۵	سرطان	نظام ثبت سرطان	در سلول سرطان در فایل پزشک خانواده و بهداشت خانواده	در اولین زمان تشخیص در واحد سلامت از لیست Combo	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده
۶	ثبت بیماری های long life	نظام ثبت بیماری های long life	در سلول سایر در فایل پزشک خانواده و بهداشت خانواده (تبدیل اطلاعات ثبت شده قبلی به لیست COMBO) مانند تبدیل ثبت بیماری ایسکمی قلب به IHD	در اولین زمان تشخیص در واحد سلامت از لیست Combo که در جدول زیر مرقوم شده است	پزشک خانواده	پرستار خانواده و بهداشت خانواده

جدول ثبت بیماری های long life که در Combo مشاهده می نماید :

آنژیوپلاستی	آنمی فقر آهن	آسم	اسکیزوفرنی	اختلالات افسردگی	اتیسم	بیماریهای متابولیک مادرزادی
پیوند کلیه	پیوند کبد	پای دیابتی	نالاسمی مینور	نالاسمی ماژور	جراحیهای جنگی	دیسکوپاتی
دیستروفی عضلانی	دیالیز	دوقطبی	دیابت بارداری	دیابتی مصرف کننده انسولین	رتینوپاتی	سیکل سل
سیروز کبدی	سندرم متابولیک	سایر کم خونیا	سایر معلولیتها	سل	سندرم داون	صرع
معلولیت ذهنی	فاویسم	فیبروز کیستیک	کبد چرب	نارسایی مادر زادی قلبی	نورپاتی	نفروپاتی
نارسایی مزمن کلیه	نابینایی	ناشنوایی	هموفیلی	هپاتیت c	هپاتیت B	هیپرتیروییدی
هیپوتیروییدی	AIDS	CP	CVA	COPD	CABG	Eb
HbsAg+	HcvAb+	HIV	IHD	TIA	Low back pain	MS
GDM	اختلالات اضطرابی	اختلالات سایکوتیک	Drug depended	لوپوس	قطع عضو	اکلامپسی / پره اکلامپسی

توجه: این فرم توسط رابط سلامت روان تنظیم گردیده و تعویلاً رابط طب صنعتی منطقه جهت ارسال به ستاد سازمان می گردد.

فرم گزارش ماهانه خودکشی (شماره ۲-۱۸)



ردیف	تاریخ	فوت	بهبودی	علت						وسيله خودکشی	سابقه اقدام به خودکشی	سابقه بیماری جسمانی	سابقه بیماری روانی	مشخصات فردی					جنسیت	وضعیت تاهل	تحصیلات	شغل							
				مشکلات مالی	مشکلات شغلی	مشکلات تحصیلی	مشکلات خانوادگی	اختلالات روانی	نسبت با صنعت																				
۱																													۱
۲																													۲
۳																													۳
۴																													۴
۵																													۵
۶																													۶
۷																													۷
۸																													۸
۹																													۹
۱۰																													۱۰

- کد جنسیت : ۱- مؤنث ۲- مذکر
 - کد تحصیلات : ۱- دانش آموز ۲- دانشجوی ۳- زیر دیپلم ۴- دیپلم و فوق دیپلم ۵- کارشناس ۶- کارشناس ارشد و بالاتر
 - کد منزل : ۱- کارگر ۲- کارمند ۳- محصل ۴- دانشجو ۵- خانه دار ۶- بیکار ۷- بازنشسته ۸- شغل آزاد
 - کد شرکت شامل : ۱- نفت ۲- گاز ۳- نیرویگاهی ۴- پالایشی ۵- پخش
 - سابقه بیماری روانی، جسمانی و اقدام به خودکشی: در صورت مثبت بودن نوع بیماری و تعداد موارد اقدام به خودکشی قلمه شود.
 - کد وسیله خودکشی: ۱- سمومیت با دارو ۲- سمومیت با سم ۳- سلاح گرم ۴- سلاح سرد ۵- خودسوزی ۶- دارو زدن ۷- پرشک از بلندی ۸- قرق شدن ۹- سایر موارد (ذکر شود)

روش اجرایی زنجیره تامین سلامت در نظام ارجاع:

۱. مراقبت های برنامه ریزی شده را لیست نمایید
۲. در هر مراقبت شایعترین گروه تخصصی که بایستی فرد به آن ارجاع گردد را تعیین نمایید مانند متخصص اطفال در برنامه کودک سالم ، متخصص داخلی در برنامه مراقبت دیابت و ...
۳. مسیر ارجاع را طراحی نمایید
۴. گروه های تیم سلامت خانواده را مشخص و لیست نمایید
۵. رئیس تیم سلامت خانواده با نظارت ستاد سلامت ، افراد داوطلب و مشتاق که توانایی علمی (برد تخصصی) و تمایل به همکاری را دارند را تعیین نمایند
۶. متخصصین داوطلب با عنوان " مدرس و استاد افتخاری نظام سلامت صنعت نفت " مشخص گردند .
۷. گروه های تیم سلامت خانواده را بین افراد متخصص به ازای هر برنامه تقسیم نمایید .
۸. رئیس تیم سلامت خانواده با کمک روسای گروه های تخصصی جلسات درون گروهی تشکیل و موضوع را بیان نمایند .
۹. امکان آموزش تیم سلامت خانواده با شرکت در کلینیک های تخصصی را فراهم نمایید .
۱۰. امکان ارتباط مستقیم بین پزشک خانواده و متخصص فراهم گردد .
۱۱. ارجاع بیمار به کلینیک های تخصصی متناسب با مسیر تعریف شده در آیتم های بالا اولویت دارد .
۱۲. پزشکان قرارداد پرکیس که در امر آموزش نتایج مطلوبی کسب نموده اند، در اولویت تمدید قرار داد قرار گیرند .
۱۳. به ازای شرکت در هر برنامه آموزشی کلینیک تخصصی با همکاری واحد آموزش برای متخصص آموزش دهنده و پزشک خانواده امتیاز آموزشی در نظر گرفته شود
۱۴. به ازای هر تماس تلفنی با متخصص که منجر به راهنمایی پزشک خانواده و درمان بیمار گردد با همکاری واحد آموزش امتیاز آموزشی یا امتیاز حق التدریس در نظر گرفته شود
۱۵. پزشکان خانواده که دوره های آموزشی را در کلینک های تخصصی " کودکان ، زنان ، داخلی(آسم) ، قلب ، جراحی ، اورژانس " به مدت ۵ جلسه طی نمایند به ستاد سلامت سازمان معرفی و گواهی " تایید صلاحیت حرفه ای سلامت خانواده " به امضای " مدیر سلامت ، رئیس سلامت خانواده و رئیس منطقه " را کسب می نمایند .
۱۶. مسئولیت پاسخ گویی و نظارت بر عهده رئیس تیم سلامت خانواده آن منطقه می باشد.
۱۷. این آموزش را می توان به سایر کلینک های تخصصی بدون توجه به مراقبت های مدون سلامت خانواده تسری داد.

شرح وظایف نیروی پذیرش آمار، مدارک پزشکی و فایلینگ :

شرح وظایف شغل : در اصل یک فرد با حداقل مدرک دیپلم می باشد که با نظر رئیس مرکز بهداشتی و درمانی و هماهنگی مسئول تیم پزشکی خانواده مرکز به این سمت منصوب شده است و دارای وظایف زیر است :

۱. شناسایی افراد مراجعه کننده جهت استفاده از خدمات بهداشتی ، درمانی طبق کارت شناسایی معتبر و اطلاعات کامپیوتری
۲. تشکیل پرونده اولیه پزشکی خانواده ، بهداشت خانواده و قرار دادن فرم ها ، آزمایشات و سایر موارد لازم در پرونده طبق دستور مافوق به همراه تکمیل اطلاعات اولیه فرم ها طبق دستورالعمل مربوطه
۳. ثبت مشخصات پرونده خانواده در دفتر فایلینگ و پیگیری بر اساس دستورالعمل ها و فلوجارتهای گردش کار
۴. نگهداری مکاتبات و مجوز های صادره در رابطه با افراد تحت پوشش ، کنترل و بررسی مستمر و حصول اطمینان از روز بودن اطلاعات
۵. ثبت و تعیین وقت تاریخ مراجعه بعدی بر اساس نزدیکترین زمان مراجعه بعدی یا طبق توافق مراجعه کننده و دستور پزشک در دفتر پیگیری جهت انجام پیگیری های لازم مطابق دستورالعمل
۶. انجام پیگیری فعال (کتبی ، تلفنی و.....) بر اساس لیست ارائه شده از طرف پزشک خانواده ، پرستار خانواده ، مسئول بهداشت خانواده (کارشناس مامایی یا سلامت کودک) یا سایر نیروهای بهداشتی و درمانی بر اساس دستورالعمل مربوطه و ارائه نتیجه پیگیری به مسئول مربوطه
۷. پذیرش مراجعین ، دادن پرونده خانواده و هدایت به واحد های بهداشت خانواده ، پرستار خانواده ، پزشک خانواده یا سایر واحد های بهداشتی و درمانی و در نهایت فایل پرونده ها.
۸. راهنمایی و رفع مشکلات مراجعین ، بیان شرایط استفاده از خدمات بهداشتی درمانی در مرکز مربوطه ، ارجاع صحیح به مسئولین ذیربط بر اساس دستورالعمل گردش کار تیم پزشکی خانواده
۹. تغییر ، اصلاح ، تعویض ، بایگانی یا ابطال پرونده خانواده و ضامائم مربوطه یا کارت درمانی طبق دستورالعمل ، امحاء اوراق زائد و غیر معتبر طبق آئین نامه کمیسیون امحاء و گزارش موارد انجام شده به رئیس مافوق
۱۰. ثبت ، شماره کردن و ممهور نمودن معرفی نامه ، برگ ارجاع و گواهی ساعت ورود و خروج، معذوریت پزشکی و نظایر آن تحت نظر مافوق نگهداری و بایگانی کلیه پرونده های خانواده و کارتهای درمانی و ضامائم مربوطه افراد تحت پوشش و درخواست امحاء اوراق زائد و غیر معتبر طبق آئین نامه کمیسیون امحاء به رئیس مافوق
۱۱. ثبت و نگهداری اطلاعات مورد نیاز شامل شماره تلفن ها و آدرس محل مراکز بهداشتی درمانی مراکز طرف قرارداد ، کارکنان کلیدی سازمان بمنظور رفع نیاز در شرایط مختلف طبق دستور مافوق
۱۲. درخواست و پیگیری تامین آمبولانس و وسیله نقلیه در رابطه با بیماران اورژانسی ارجاعی به مراکز مجهز تر
۱۳. درخواست وسایل و لوازم دفتری و مواد مصرفی مورد نیاز ، دقت در مصرف آنان و جلوگیری از ایجاد ضایعات .

۱۴. تهیه گزارش از کلیه مشکلات و کمبود های تدارکاتی، تعمیراتی و خدماتی درشيفت کاری و ارائه آن به رئیس مافوق
۱۵. حفظ و نگهداری اطلاعات مربوط به کلیه پرونده ها و کارت های درمانی بصورت محرمانه و عدم ارائه اطلاعات به اشخاص غیر مسئول
۱۶. تهیه گزارش از موارد حساس (حوادث ، خودکشی ، قتل ، آتش سوزی ، درگیری فیزیکی یا لفظی و...) درشيفت کاری و ارائه آن به رئیس مرکز بهداشتی درمانی
۱۷. تهیه و جمع آوری آمار و اطلاعات مورد نیاز و ارائه به مسئول مربوطه
۱۸. تماس با پزشکان آنکال و متخصصین و سایر کارکنان مورد نیاز بمنظور رفع مشکلات مراجعین یا حوادث و موارد اضطراری پیش بینی نشده طبق دستور مسئول مربوطه
۱۹. اطلاع رسانی برنامه های آموزشی به مراجعین طبق دستور مسئول مربوطه و ثبت اسامی شرکت کنندگان در پرونده های خانواده طبق لیست ارائه شده توسط مسئول آموزش مربوطه

شرح اقدامات منطقه در ارتباط با ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط همکاران تیم سلامت خانواده

الف: ارزیابی عملکرد تیم سلامت خانواده در ارتباط با شاخص های سلامت در محدوده قرمز رنگ که نیاز به اقدام فوری دارند:

۱. گزارش نتایج شاخص های سلامت را بدقت مطالعه نمایید
۲. شاخص های که در محدوده قرمز رنگ قرار دارند را لیست کنید
۳. در ارتباط با این شاخص ها به ازای هر پزشک و تیم سلامت خانواده حجم نمونه بگیرید
۴. مطابق با دستورالعمل ارزیابی کیفیت عملکرد بر مبنای نمونه گیری به روش LQAS و یا روش های مدون و مطالعات دارای شواهد نتایج شاخص ها به ازای هر پزشک بدست بیاورید
۵. نتایج را به تیم سلامت فیدبک داده و به افرادی که عملکرد آنان بر روی نتیجه شاخص منطقه بیشتریت تاثیر منفی داشته تذکر و ارزیابی مجدد در ۳ ماه بعد را در دستور کار خود قرار دهید
۶. نتیجه اقدام را در قالب برنامه عملیاتی به ستاد گزارش نمایید

ب: ارزیابی عملکرد پزشک خانواده در ارتباط با کسب امتیاز کیفی کارانه:

۱. فایل ارزیابی عملکرد کیفی پزشکان را بدقت مطالعه و پزشکان خانواده را از آن مطلع نمایید .
۲. هر شش ماه یکبار بر اساس مدل ارائه شده (LQAS و ...) ارزیابی و نتایج را به پزشک خانواده اعلام نمایید

شرح خدمات : اقداماتی که تحت استقرار نظام مراقبت بیماری های مزمن غیر واگیر انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

شرح خدمت	ارائه دهنده خدمت	توضیحات
تکمیل پرونده غربالگری بیماریهای مزمن غیر واگیر (تعیین برنامه مراقبتی شامل مراقبت بیماری فشار خون بالا ، دیابت، اختلال لپید، بیماری ایسکمیک قلبی عروقی ، اضافه وزن و چاقی ، استئوپروزیس ، سرطان شایع زنان ، تعیین گروه سنی و جنسی افراد واجد شرایط متناسب با برنامه ، ثبت نتایج، برنامه ریزی برای مراجعات بعدی)	پذیرش و پرستار ، بهداشت خانواده	فراخوان و پذیرش و تشکیل پرونده مراقبت بیماری های مزمن غیر واگیر
فراخوان (شناسایی و تعیین افراد واجد شرایط ، تعیین وضعیت سلامت افراد فراخوان شده ، تعیین تواتر برنامه غربالگری متناسب با برنامه مراقبتی و وضعیت سلامت ، تهیه لیست ، ثبت و پیگیری)	پذیرش و پرستار ، بهداشت خانواده	ایمن سازی
ایمن سازی متناسب با برنامه مراقبتی	بهداشت خانواده	ایمن سازی
معاینات بالینی عمومی (ارزیابی و ثبت فشارخون در حالت نشسته و ایستاده ، قد ، وزن، BMI ، گرفتن نبض و معاینه اندام ، معاینات بالینی اختصاصی برای هر مراقبت (معاینه کامل پا ، معاینه غدد درون ریز مانند تیروئید ، ارزیابی سلامت قلب و عروق ، ارزیابی سلامت سیستم عصبی و عروقی ، ارزیابی رفلکس های نورولوژی ، معاینه چشم و ته چشم ، ارزیابی سلامت دهان و دندان و بافت نرم دهانی ، سیستم تنفسی / تعیین وضعیت سلامت اندام ها / تشخیص / ثبت نتایج / مراجعات بعدی / پیگیری نتایج)	تیم سلامت خانواده	معاینه بالینی مرتبط با مراقبت
ارزیابی و معاینات بالینی منظم مرتبط با عوارض زودرس و دیررس بیماران مزمن (ارزیابی منظم اندام های انتهایی و اندام های آسیب پذیر برای شناسایی زود هنگام و پیشگیری از عوارض مانند معاینه کامل پا در بیمار دیابتی ، ثبت نتایج ، ارجاع منظم بیمار برای ارزیابی تخصصی ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)	پزشک و پرستار	ارزیابی و معاینات بالینی منظم مرتبط با عوارض زودرس و دیررس بیماران مزمن (ارزیابی منظم اندام های انتهایی و اندام های آسیب پذیر برای شناسایی زود هنگام و پیشگیری از عوارض مانند معاینه کامل پا در بیمار دیابتی ، ثبت نتایج ، ارجاع منظم بیمار برای ارزیابی تخصصی ، دریافت پاسخ ارجاع ، ثبت نتایج و پیگیری)
درخواست پاراکلینیک متناسب با برنامه مراقبتی و نتایج ارزیابی	پزشک	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
انجام ارزیابی های منظم پاراکلینیک بر اساس استانداردهای برنامه مراقبت (درخواست پاراکلینیک استاندارد با تواتر استاندارد ثبت نتایج ، دریافت پاسخ و پیگیری)	پزشک	درخواست خدمات پاراکلینیک و ارجاعی
انجام خدمات ارجاعی منظم بر اساس استانداردهای برنامه مراقبت (ثبت نتایج ، دریافت پاسخ و پیگیری) انجام خدمات ارجاعی بر اساس نتایج ارزیابی های صورت گرفته (ثبت نتایج ، دریافت پاسخ و پیگیری)	تیم سلامت خانواده	انجام خدمات ارجاعی منظم بر اساس استانداردهای برنامه مراقبت (ثبت نتایج ، دریافت پاسخ و پیگیری) انجام خدمات ارجاعی بر اساس نتایج ارزیابی های صورت گرفته (ثبت نتایج ، دریافت پاسخ و پیگیری)

ادامه شرح خدمات : اقداماتی که تحت استقرار نظام مراقبت بیماری های مزمن غیر واگیر انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پزشک	تعیین اهداف درمانی به ازای هر برنامه مراقبتی (شامل کنترل قندخون بر مبنای $HbA1c < 7\%$, کنترل لیپید بر مبنای $LDL < 70$, کنترل فشارخون بر مبنای $BP < 140$ و.....در برنامه مراقبت دیابت , رسیدن به هدف درمانی $BMI < 25$, $TG < 150$ و....) , تعیین وضعیت فعلی بیمار بر اساس اهداف درمانی خوب کنترل شده و بد کنترل شده , ثبت نتایج , پیگیری نتایج	مداخلات درمانی , دارویی و مراقبت پزشک خانواده
	پزشک	انجام مراقبت های دارویی بر اساس نتایج ارزیابی (خوب کنترل شده و بد کنترل شده) برای رسیدن به اهداف درمانی, تعیین نوبت بعدی بر اساس نتایج مداخلات درمانی و وضعیت بیمار , ارجاع بیمار بد کنترل شده و عدم پاسخ به اقدامات درمانی به کلینیک تخصصی , دریافت پاسخ , ثبت نتایج , پیگیری نتایج	
	پزشک	انجام مراقبت های دارویی بیماران دارای عوارض زودرس و دیررس بیماری بر اساس بازخورد ارجاع , رعایت مدت درمان دارویی توصیه شده , ارجاع مجدد , دریافت پاسخ , ثبت و پیگیری	
	پزشک و پرستار	پاسخ فوری به نیاز های اورژانسی بیماران (آمادگی برای کنترل عوارض حاد و اورژانسی بیماران , کنترل قند , فشارخون و سایر علائم حیاتی , تشخیص بموقع و پاسخ دهی مناسب در کوتاه ترین زمان ممکن , ارجاع بیمار به سطوح بالاتر بعد از پایدار شدن علائم حیاتی , دریافت پاسخ , ارزیابی علت ایجاد عارضه حاد و درمان آن , ثبت نتایج , پیگیری نتایج)	
	پزشک و پرستار	مراقبت درمانی بیماری های شایع با رعایت و توجه به بیماری زمینه ای	
	پزشک	مراقبت های دارویی با همکاری داروساز و آموزش	

ادامه شرح خدمات : اقداماتی که تحت استقرار نظام مراقبت بیماری های مزمن غیر واگیر انجام می شود شامل موارد زیر می باشد

توضیحات	ارائه دهنده خدمت	شرح خدمت	خدمت
	پرستار ، بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی ریسک متناسب با برنامه مراقبتی (تعیین برنامه مراقبتی شامل فشار خون بالا ، دیابت، اختلال لیپید، بیماری ایسکمیک قلبی عروقی ، اضافه وزن و چاقی ، استئوپروزیس ،سرطان شایع زنان ،تعیین گروه سنی و جنسی افراد واجد شرایط هر برنامه ، شمارش ریسک فاکتور به ازای مراقبت، تعیین وضعیت مداخلات بر اساس نتایج شمارش ریسک، ثبت نتایج، برنامه ریزی مراجعات بعدی)	تست های تکمیلی و ارزیابی از طریق پرسشنامه
	پرستار ، بهداشت خانواده	پرسشنامه ارزیابی عوامل خطر اصلی (میزان وضعیت تحرک ، تغذیه ، الگوی مصرف دخانیات ، سلامت روان و پذیرش زندگی با بیماری ، تعیین وضعیت بیمار ، تشخیص ، ارجاع ، ثبت نتایج ، پیگیری)	
	تیم سلامت خانواده	ارائه خدمات آموزشی فردی یا گروهی متناسب با مراقبت (تشخیص به موقع علائم حاد بیماری و نحوه برخورد با آن، چگونگی مصرف دارو، خود مراقبتی در منزل، زندگی با بیماری، عوارض حاد و مهم دارو و نحوه برخورد با آن ، اندازه گیری قند خون ، فشار خون و علائم حیاتی، رعایت اصول نگهداری دارو ، رعایت اصول حفظ سلامت اندام ها و استفاده از پوشش مناسب در منزل ،ثبت اقدامات و نتایج و پیگیری نتایج)	آموزش ارتقاء سلامت و خدمات مشاوره ای
	تیم سلامت خانواده	ارائه خدمات آموزشی فردی یا گروهی برای کاهش عوامل خطر اصلی و اهمیت تغییر سبک زندگی در برنامه های مراقبتی (آشنایی با عوامل خطر اصلی و تاثیر آن بر نتایج مراقبت ، اهمیت و چگونگی رعایت سبک زندگی سالم ، اهمیت فعالیت بدنی و تغذیه سالم، اهمیت حذف یا کاهش مصرف دخانیات ، ثبت اقدامات و نتایج و پیگیری نتایج) و برنامه خود مراقبتی	
	تیم سلامت خانواده	آموزش پیشگیرانه فردی یا جمعیت با هدف جلب مشارکت برای برنامه های مراقبتی یا کاهش عوامل خطر اصلی و اهمیت تغییر سبک زندگی در برنامه های مراقبتی ، ثبت اقدامات و نتایج و پیگیری نتایج و آموزش خود مراقبتی	
	تیم سلامت خانواده	مراقبت و ارزیابی متخصص در صورت نیاز (ارجاع ، طراحی برنامه مداخله در واحد تخصصی ، تعیین نوبت بعدی مراجعه برای دریافت خدمت تخصصی ، پاسخ ارجاع و دریافت نتیجه در واحد ارجاع کننده ، برقراری ارتباط موثر با تیم سلامت خانواده، ثبت نتایج و پیگیری)	ویزیت متخصص مرتبط
	پرستار ، بهداشت خانواده	پیگیری در صورت عدم مراجعه یا تاخیر و در صورت نیاز به بررسی مجدد	پیگیری
	خانواده	برنامه ریزی و زمانبندی مراجعات و کنترل های بعدی و اعلام به خانواده براساس وضعیت درمانی	
	پرستار ، بهداشت خانواده یا پذیرش	شناسایی افراد ناتوان و از کار افتاده برای مراجعه به مرکز و کنترل بیماری (لیست افرادی که با تاخیر مراجعه کرده اند ، لیست نیازمند دریافت خدمت در منزل ، لیست اقدامات مورد نیاز بیمار، مراجعه به منزل برای ارائه مراقبت مورد نیاز ، ثبت اقدامات و نتایج و پیگیری)	
	پرستار ، بهداشت خانواده	جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط خدمات، ثبت در دفاتر و پرونده و فایل های الکترونیکی و گزارش به سطوح بالاتر	ثبت اطلاعات و گزارش دهی

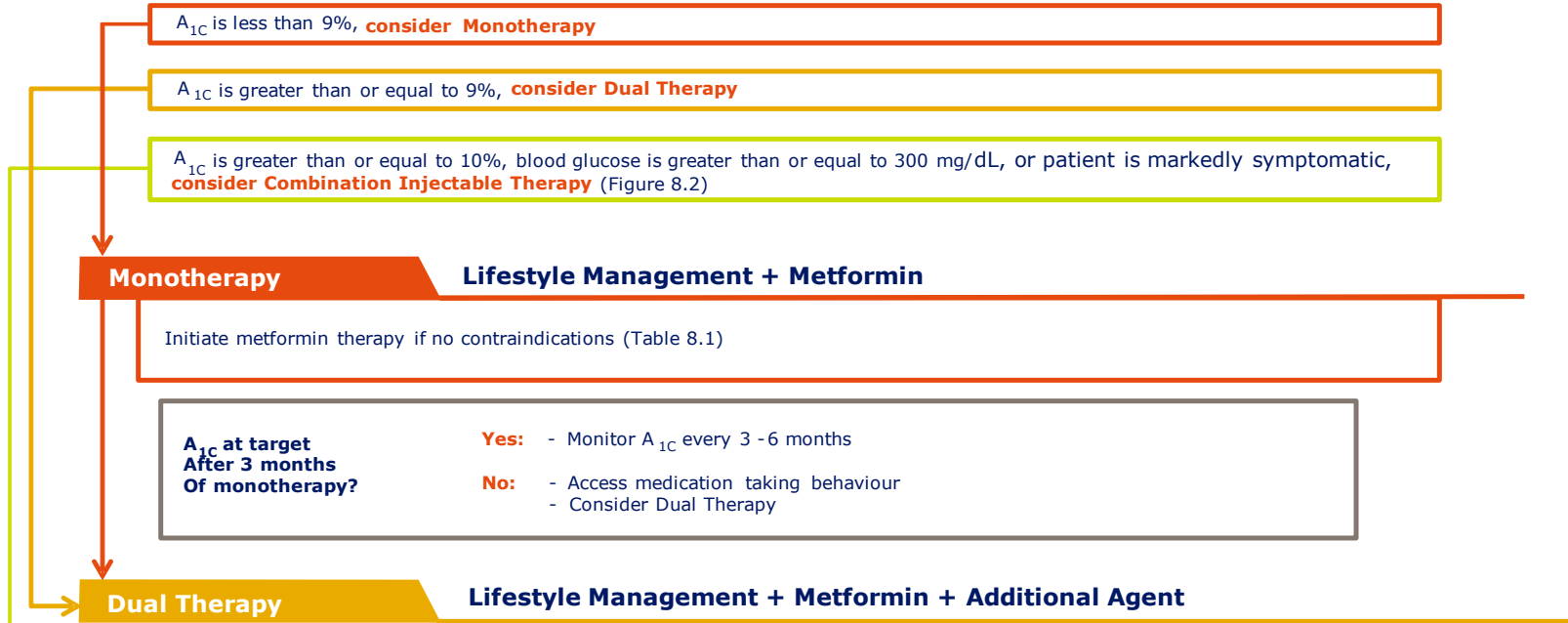


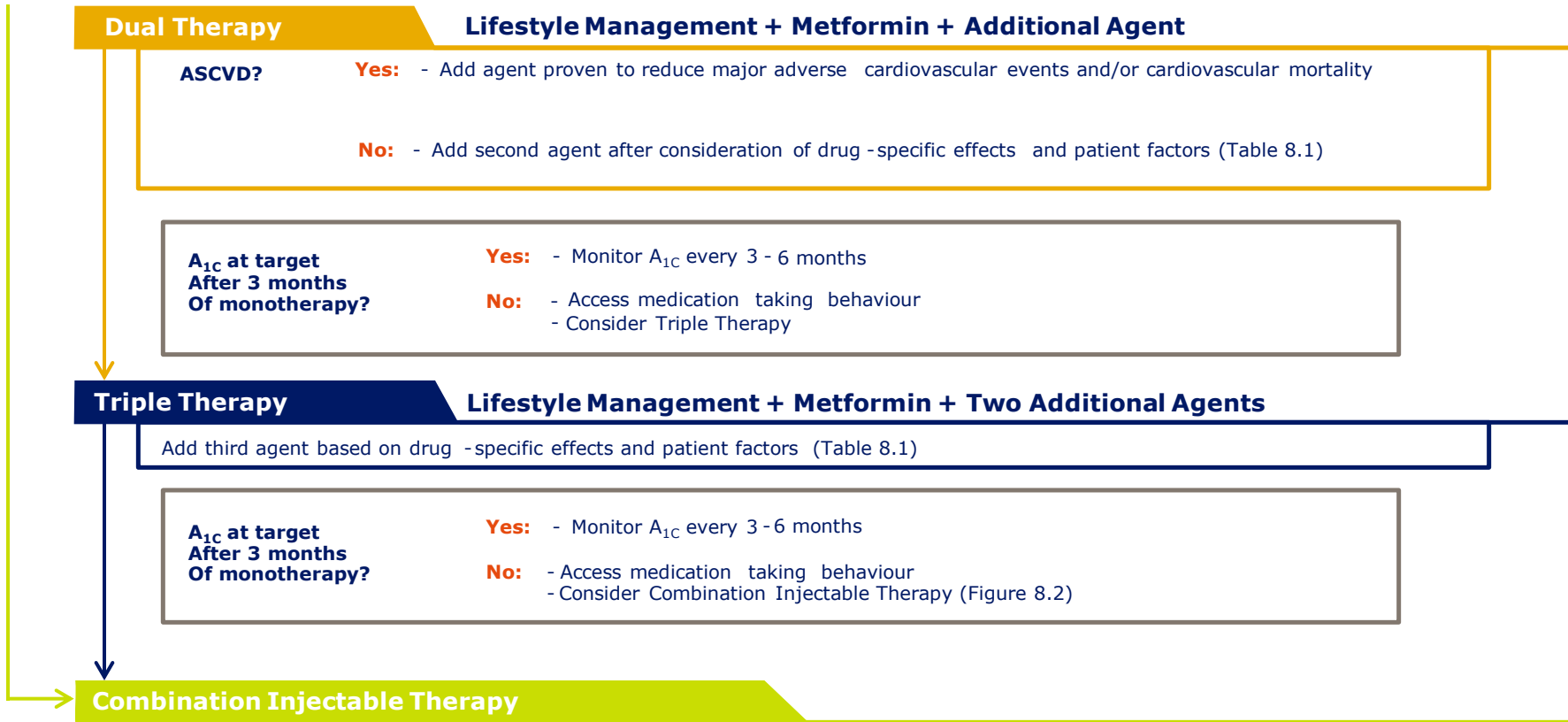
ADA- Standards of Medical Care in Diabetes 2018

Section 8. Pharmacological approaches to Glycemic Treatment

Antihyperglycemic therapy in type 2 diabetes: general recommendations

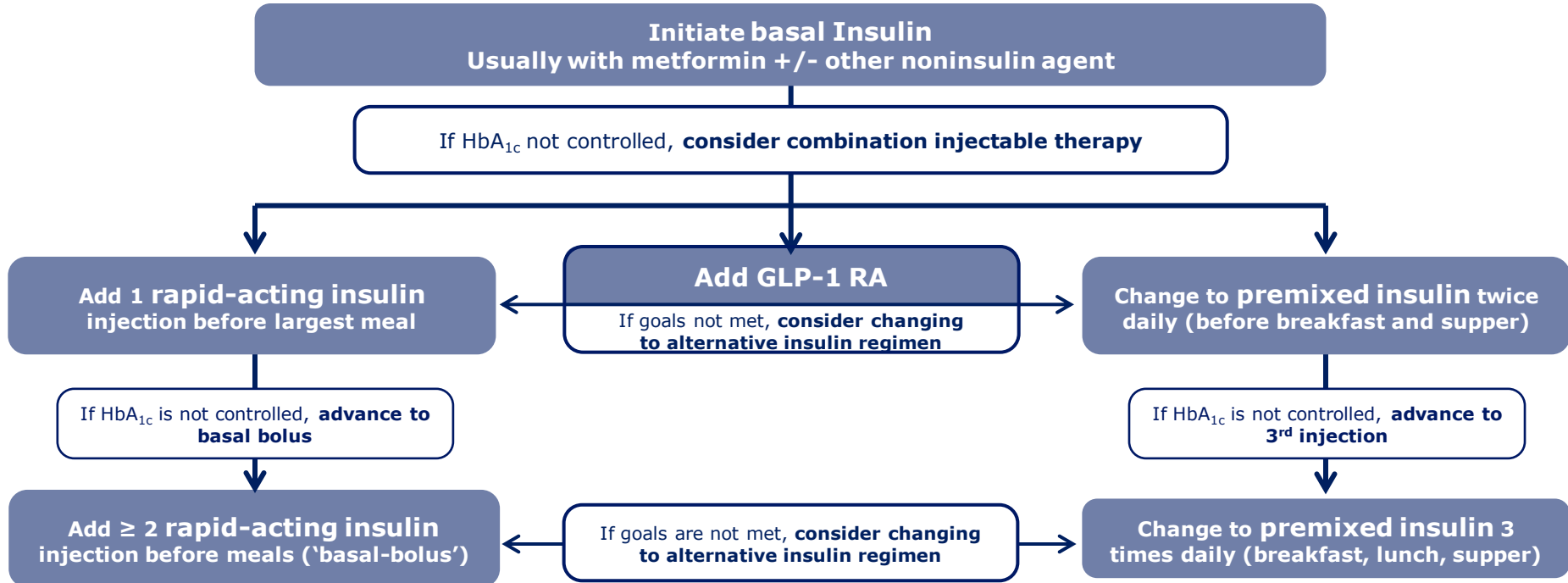
At diagnosis, initiate lifestyle management, set A_{1C} target, and initiate pharmacologic therapy based on A_{1C}





Section 8. Pharmacological approaches to Glycemic Treatment (contd.)

Figure 8.2—Combination injectable therapy for type 2 diabetes



GLP-1 RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; T2D, type 2 diabetes; TID, thrice daily
Adapted from American Diabetes Association
Diabetes Care 2017;40(Suppl.1):S64–S74.

Section 2. Classification and Diagnosis of Diabetes

Updates on diagnosis of diabetes with focus on HbA_{1c}



HbA_{1c}

- A_{1c} test should be performed using a method certified by NGSP and standardized to DCCT assay to avoid misdiagnosis or missed diagnosis **B**
- In cases with possibility of A_{1c} assay interference due to hemoglobin variants, an assay without interference or plasma blood glucose criteria should be used to diagnose diabetes **B**
- In conditions associated with increased red blood cell turnover, only plasma blood glucose should be used to diagnose diabetes **B**



Testing for prediabetes and diabetes in asymptomatic adults

- Patients with prediabetes (A_{1c} ≥ 5.7%, IGT, or IFG) should be tested yearly[†]
- Women diagnosed with GDM should have lifelong testing at least every 3 years



Testing for prediabetes and T2D in children and adolescents

- Recommendation was changed suggesting testing for youth who are overweight or obese and have one or more additional risk factors
- Table 2.5 updated accordingly with addition of levels of evidence.

[†]Table 2.3 from Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1–S155

DCCT, Diabetes Control and Complications Trial; FPG, fasting plasma glucose; IFG, impaired fasting glucose; IGT, impaired glucose tolerance; GDM, gestational diabetes mellitus; NGSP, National Glycohemoglobin Standardization Program
Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1–S155

Section 2. Classification and Diagnosis of Diabetes (contd.)



Community Screening

- Community screening outside a health care setting is recommended in specific situations where an adequate referral system is established beforehand for positive tests



Post-transplantation diabetes

- Screening of hyperglycemia after organ transplantation and stable on immunosuppressive regimens
- OGTT is the gold standard for diagnosis; fasting glucose and/or A_{1C} can identify high-risk patients and may reduce the number of overall OGTTs required
- Insulin is the agent of choice in the hospital setting*
- Among non-insulin agents, side effect profile, possible interactions with the patient's immunosuppression regimen and dose adjustments to be considered.

*After discharge, patients with preexisting diabetes could go back on their pretransplant regimen if they were in good control before transplantation. Those with previously poor control or with persistent hyperglycemia should continue insulin with frequent home self-monitoring of blood glucose to determine when insulin dose reductions may be needed and when it may be appropriate to switch to noninsulin agents

DPP-4is; Dipeptidyl peptidase 4 inhibitors; GDM, gestational diabetes mellitus; T2D, type 2 diabetes; TZDs, thiazolidinediones; OGTT, oral glucose tolerance test
Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1–S155

Section 3. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities

Updates on comprehensive evaluation of diabetes

Table 3.1 is added highlighting the components of comprehensive diabetes medical evaluation

		INITIAL VISIT	EVERY FOLLOW-UP VISIT	ANNUAL VISIT		INITIAL VISIT	EVERY FOLLOW-UP VISIT	ANNUAL VISIT	
PAST MEDICAL AND FAMILY HISTORY	Diabetes history <ul style="list-style-type: none"> Characteristics at onset (e.g., age, symptoms) Review of previous treatment regimens and response Assess frequency/cause/severity of past hospitalizations 	✓	✓		PHYSICAL EXAMINATION	<ul style="list-style-type: none"> Height, weight, and BMI; growth/pubertal development in children and adolescents Blood pressure determination Orthostatic blood pressure measures (when indicated) Fundoscopic examination (refer to eye specialist) Thyroid palpation Skin examination (e.g., acanthosis nigricans, insulin injection or insertion sites, lipodystrophy) Comprehensive foot examination <ul style="list-style-type: none"> Visual inspection (e.g., skin integrity, callous formation, foot deformity, or ulcer, toenails) Screen for PAD (pedal pulses; refer for ABI if diminished) Determination of temperature, vibration or pinprick sensation, and 10-g monofilament exam 	✓	✓	✓
	Family history <ul style="list-style-type: none"> Family history of diabetes in a first-degree relative Family history of autoimmune disorder 	✓					✓	✓	✓
	Personal history of complications and common comorbidities <ul style="list-style-type: none"> Macrovascular and microvascular Common comorbidities Presence of hemoglobinopathies or anemias High blood pressure or abnormal lipids Last dental visit Last dilated eye exam Visits to specialists 	✓	✓	✓			✓	✓	✓
SOCIAL HISTORY	Interval history <ul style="list-style-type: none"> Changes in medical/family history since last visit 		✓	✓	LABORATORY EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> A1C, if the results are not available within the past 3 months <ul style="list-style-type: none"> Lipid profile, including total, LDL, and HDL cholesterol and triglycerides[#] Liver function tests[#] Spot urinary albumin-to-creatinine ratio Serum creatinine and estimated glomerular filtration rate[†] Thyroid-stimulating hormone in patients with type 1 diabetes[#] Vitamin B12 if on metformin (when indicated) Serum potassium levels in patients on ACE inhibitors, ARBs, or diuretics[‡] 	✓	✓	✓
	Assess lifestyle and behavior patterns <ul style="list-style-type: none"> Eating patterns and weight history Sleep behaviors and physical activity Familiarity with carbohydrate counting in type 1 diabetes Tobacco, alcohol, and substance use Identify existing social supports 	✓	✓	✓			✓	✓	✓
MEDICATIONS AND VACCINATIONS	Interval history <ul style="list-style-type: none"> Changes in social history since last visit 		✓	✓	ASSESSMENT AND PLAN	<ul style="list-style-type: none"> Goal setting <ul style="list-style-type: none"> Set A1C/blood glucose target and monitoring frequency If hypertension diagnosed, establish blood pressure goal Incorporate new members to the care team as needed Diabetes education and self-management support needs Cardiovascular risk assessment and staging of CKD <ul style="list-style-type: none"> History of ASCVD Presence of ASCVD risk factors (see Table 9.2) Staging of CKD (see Table 10.1)[†] Therapeutic treatment plan <ul style="list-style-type: none"> Lifestyle management Pharmacologic therapy Referrals to specialists (including dietitian and diabetes educator) as needed Use of glucose monitoring and insulin delivery devices 	✓	✓	✓
TECHNOLOGY USE	<ul style="list-style-type: none"> Medication-taking behavior Medication intolerance or side effects Complementary and alternative medicine use Vaccination history and needs 	✓	✓	✓			✓	✓	✓
SCREENING	<ul style="list-style-type: none"> Assess use of health apps, online education, patient portals, etc. Glucose monitoring (meter/CGM): results and data use Review insulin pump settings 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Psychosocial conditions <ul style="list-style-type: none"> Screen for depression, anxiety, and disordered eating; refer for further assessment or intervention if warranted Consider assessment for cognitive impairment[‡] 	✓		✓	✓	✓	✓		
	Diabetes self-management education and support <ul style="list-style-type: none"> History of dietitian/diabetes educator visits Screen for barriers to diabetes self-management Refer or offer local resources and support as needed 	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Hypoglycemia <ul style="list-style-type: none"> Timing of episodes, awareness, frequency and causes 	✓		✓	✓	✓	✓		
	Pregnancy planning <ul style="list-style-type: none"> For women with childbearing capacity, review contraceptive needs and preconception planning 	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Section 3. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities (contd.)



Patient centered collaborative care

- Text was added about the importance of language choice in patient-centered communication to optimize patient health outcomes and health-related quality of life **B**



Immunization

- CDC ACIP recommends influenza, pneumococcal, and hepatitis B vaccinations specifically for people with diabetes. Vaccination against tetanus-diphtheria-pertussis, measles-mumps-rubella, human papillomavirus, and shingles are also important for adults with diabetes



Low testosterone in men

- Consider screening with a morning serum testosterone level in men with diabetes who have symptoms or signs of hypogonadism such as decreased sexual desire (libido) or activity, or erectile dysfunction **B**



Pancreatitis

- Pancreatitis was added to the section on comorbidities.
- Likely bidirectional relationship between prediabetes/diabetes and pancreatitis
- New recommendation was added to consider islet autotransplantation for patients requiring total pancreatectomy for medically refractory chronic pancreatitis to prevent postsurgical diabetes **C**

Section 5. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes

Recommendations on the use of metformin in prevention of prediabetes



Metformin

- Metformin therapy for prevention of type 2 diabetes should be considered in those with prediabetes, especially for those with BMI ≥ 35 kg/m², those aged <60 years, women with prior GDM **A**
- Metformin, α -glucosidase inhibitors, orlistat, GLP-1 RAs and TZDs not approved by the US FDA specifically for diabetes prevention despite decreased incident diabetes in those with prediabetes
- Metformin has the strongest evidence and demonstrated long-term safety as pharmacologic therapy for diabetes prevention. For other drugs, cost, side effects, and durable efficacy require consideration

Section 6. Glycemic targets

Highlights the approval and use of flash CGM devices



CGM

- CGM in adults with T1D is no longer limited to those ages 25 and above but has been expanded to all adults (starting at age 18) **A**
- Federal regulatory changes prompted the ADA to include language describing CGM devices that don't require confirmation from finger sticks to make treatment decisions
- Additional information about newly approved intermittent or "flash" CGM device for adult use only was added
- New CGM devices (including intermittent or "flash" CGM) that no longer require confirmatory SMBG for treatment decisions have also been recently approved



HbA_{1c}

- As in Section 2, this section also includes an expanded discussion of the limitations of A_{1c} in certain populations based on the presence of hemoglobin variants, differences in red blood cell turnover rates, ethnicity, and age.

Section 6. Glycemic targets (contd.)



HbA_{1c}

- Table 6.3 on classification of hypoglycemia has been updated. Level 1 hypoglycemia was renamed “hypoglycemia alert value” from “glucose alert value”.

Table 6.3–Classification of Hypoglycemia

Level	Glycemic criteria	Recommended treatment	Description
Hypoglycemia alert value (level 1)	≤70 mg/dL (3.9 mmol/L)	Glucose (15–20 g) is the preferred treatment	Sufficiently low for treatment with fast-acting carbohydrate and dose adjustment of glucose-lowering therapy
Clinically significant hypoglycemia (level 2)	≤54 mg/dL (3.0 mmol/L)	Glucagon should be prescribed	Sufficiently low to indicate serious, clinically important hypoglycemia
Severe hypoglycemia (level 3)	No specific glucose threshold	Glucagon should be prescribed	Hypoglycemia associated with severe cognitive impairment requiring external assistance for recovery

Section 7. Obesity management for the Treatment of Type 2 Diabetes

Updates on the treatment of obesity



HbA_{1c} and BMI

- A recent meta-analysis found that HbA_{1c} changes were not associated with baseline BMI, indicating that obese patients can benefit from the same types of treatments for diabetes as normal weight patients

Table 7.2 on medications approved by the FDA for the treatment of obesity was updated. The updates include:

- Drugs were classified based on short and long term treatment. Phentermine was included in short term treatment. Orlistat, lorcaserin, phentermine/topiramate, naltrexone/bupropion and liraglutide were included in long term treatment
- Lorcaserin extended release tablet was included
- AWP (per month) was updated
- NADAC price was included to provide a second set of cost information

Section 9. Cardiovascular disease and risk management

A new algorithm was added illustrating the antihypertensive approach in diabetes



Management of hypertension in diabetes patients

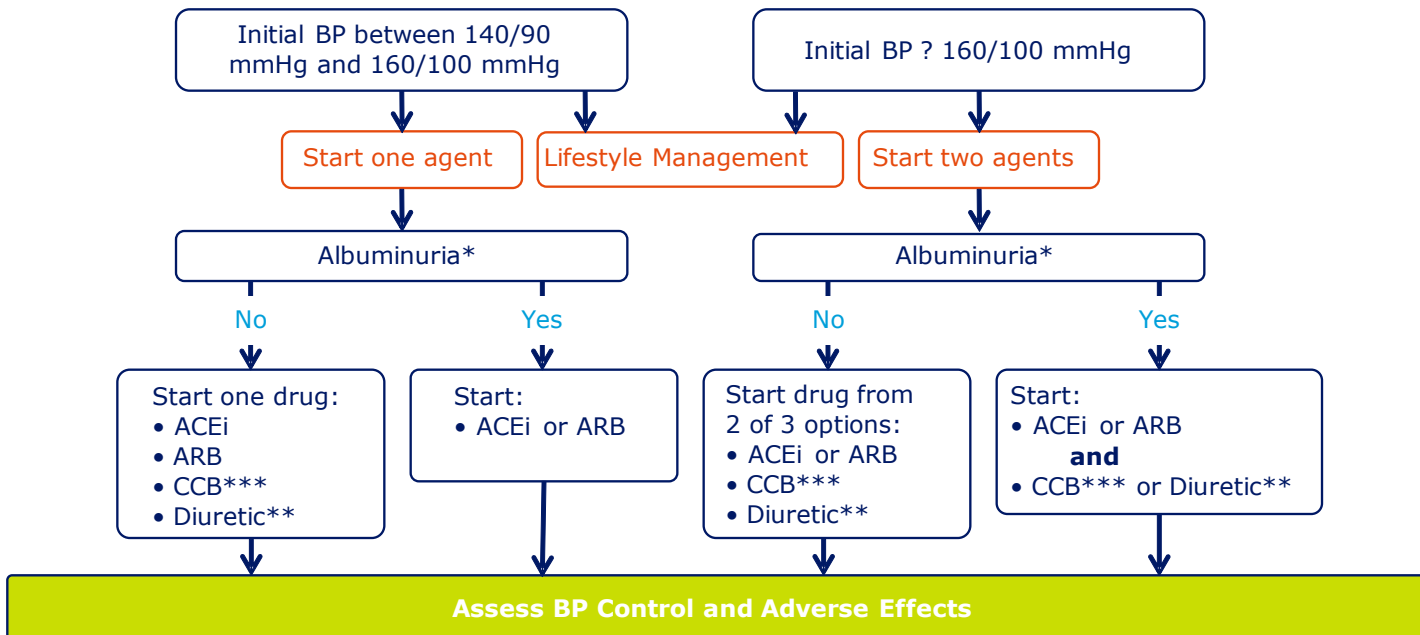
- All hypertensive patients with diabetes should monitor their BP at home to help identify masked or white coat hypertension, as well as to improve medication-taking behavior. **B**
- To consider mineralocorticoid receptor antagonist therapy in patients with resistant hypertension

Other updates

- Four major RCTs are summarized and outlined in a new table (Table 9.1) which further provides support to ADA's recommendations that most adults with diabetes and hypertension should have a target blood pressure of <140/90 mmHg and that risk-based individualization to lower targets, such as 130/80 mmHg, may be appropriate for some patients.

Section 9. Cardiovascular disease and risk management (contd.)

Figure 9.1—Recommendations for the treatment of confirmed hypertension in people with diabetes

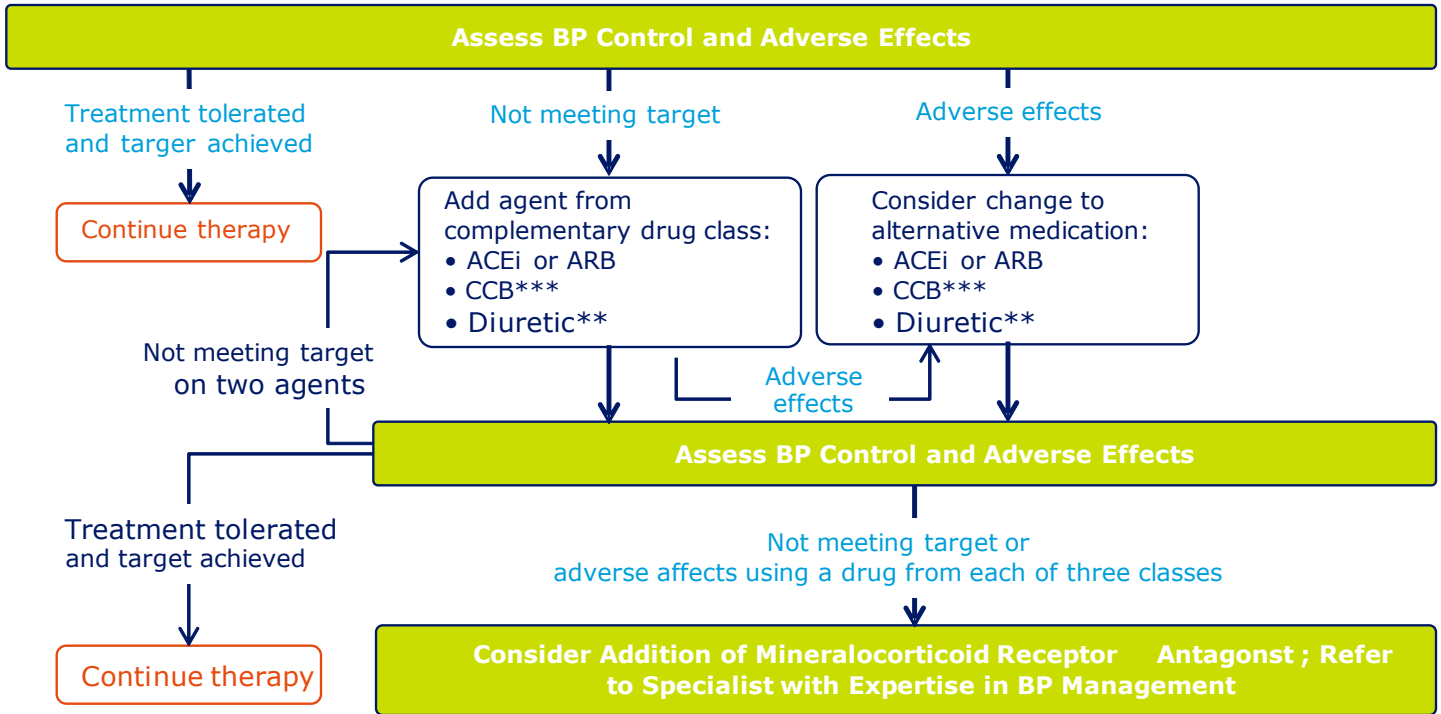


ACEi, angiotensin converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; UACR, urine albumin creatinine ratio

*ACEi or ARB is suggested to treat hypertension for patients with UACR 30–299 mg/g creatinine and strongly recommended for patients with UACR ≥ 300 mg/g creatinine.

Thiazide-like diuretic; long-acting agents shown to reduce cardiovascular events, such as chlorthalidone and indapamide, are preferred; *Dihydropyridine calcium channel blocker. BP, blood pressure. This figure can also be found in the ADA position statement “Diabetes and Hypertension”

Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1–S155



ACEi, angiotensin converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; CCB, calcium channel blocker; UACR, urine albumin creatinine ratio

*ACEi or ARB is suggested to treat hypertension for patients with UACR 30–299 mg/g creatinine and strongly recommended for patients with UACR ≥ 300 mg/g creatinine.

Thiazide-like diuretic; long-acting agents shown to reduce cardiovascular events, such as chlorthalidone and indapamide, are preferred; *Dihydropyridine calcium channel blocker. BP, blood pressure. This figure can also be found in the ADA position statement “Diabetes and Hypertension”

Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1–S155

Section 9. Cardiovascular disease and risk management (contd.)



Lipid management

- Recommendations modified to stratify risk based on two categories: those with documented ASCVD and those without
- Studies have shown similar benefits in older versus middle-aged adults and hence, recommendations were consolidated for patients with diabetes 40–75 years **A** and ≥ 75 years of age **B** without ASCVD to use moderate-intensity statin
- Recommendation was modified to provide additional guidance on adding nonstatin LDL-lowering therapies for patients with diabetes and ASCVD who have LDL cholesterol ≥ 70 mg/dL despite maximally tolerated statin dose

Section 9. Cardiovascular disease and risk management (contd.)



Statin therapy

- Recommendations modified to stratify risk based on two categories: those with documented ASCVD and those without
- Accordingly, Table 9.2 was updated based on the new risk stratification approach and consolidated age-groups

Table 9.2-Recommendations for statin and combination treatment in adults with diabetes

Age	ASCVD	Recommended statin intensity [^] and combination treatment [*]
<40 years	No Yes	None [†] High <ul style="list-style-type: none">• If LDL cholesterol ≥ 70 mg/dL despite maximally tolerated statin dose, consider adding additional LDL-lowering therapy (such as ezetimibe or PCSK9 inhibitor)[#]
≥ 40 years	No Yes	Moderate [‡] High <ul style="list-style-type: none">• If LDL cholesterol ≥ 70 mg/dL despite maximally tolerated statin dose, consider adding additional LDL-lowering therapy (such as ezetimibe or PCSK9 inhibitor)

*In addition to lifestyle therapy. [^]For patients who do not tolerate the intended intensity of statin, the maximally tolerated statin dose should be used. [†]Moderate-intensity statin may be considered based on risk-benefit profile and presence of ASCVD risk factors. ASCVD risk factors include LDL cholesterol ≥ 100 mg/dL (2.6 mmol/L), high blood pressure, smoking, chronic kidney disease, albuminuria and family history of premature ASCVD. [‡]High-intensity statin may be considered based on risk-benefit profile and presence of ASCVD risk factors. [#]Adults aged <40 years with prevalent ASCVD were not well represented in clinical trials of non-statin-based LDL reduction. Before initiating combination lipid-lowering therapy, consider the potential for further ASCVD risk reduction, drug-specific adverse effects and patient preferences
ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; LDL, low density lipid; PCSK9, Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9
Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1-S155

Section 9. Cardiovascular disease and risk management (contd.)



Antihyperglycemic Therapies and Cardiovascular Outcomes

- Text was modified to describe CVOT data on new diabetes agents and outcomes in people with T2D, providing support for the new ASCVD recommendations
- In patients with T2D and established ASCVD, antihyperglycemic therapy should begin with lifestyle management and metformin and subsequently incorporate an agent proven to reduce major adverse CV events and CV mortality (currently empagliflozin and liraglutide), after considering drug-specific and patient factors
- A new table (Table 9.4) was added to summarize the CVOTs of DPP-4 inhibitors, GLP-1 RAs and SGLT-2 inhibitors highlighting the key inclusion criteria, baseline characteristics, endpoints and CV outcomes

*Cardiovascular death, MI, or stroke

ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CV, cardiovascular; CVOT, cardiovascular outcome trial; DPP-4, dipeptidyl peptidase-4; GLP-1 RAs, glucagon-like peptide 1 receptor agonists; LDL, low density lipid; MACE, major adverse cardiovascular events; MI, myocardial infarction; SGLT-2, sodium glucose co-transporter-2; T2D, Type 2 diabetes
Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1–S155

Section 10. Microvascular Complications and Foot Care

Focus on chronic kidney disease and acute kidney injury



Diabetic kidney disease

- New section on AKI has been included highlighting the risk factors, drugs causing AKI and emphasizes the importance of timely identification and treatment to prevent progressive CKD
- Effect of specific glucose-lowering medications on the delay and progression of kidney disease was discussed, with reference to recent CVOTs that assessed secondary renal outcomes

Section 10. Microvascular Complications and Foot Care (contd.)

A new table has been added (Table 10.1), replacing previous tables 10.1 and 10.2, that combines information on staging chronic kidney disease and the appropriate kidney-related care for each stage

Table 10.1-CKD stages and corresponding focus of kidney-related care

CKD stage†			Focus of kidney-related care			
Stage	eGFR (mL/min/1.73 m ²)	Evidence of kidney damage*	Diagnose cause of kidney injury	Evaluate and treat risk factors for CKD progression**	Evaluate and treat CKD complications***	Prepare for renal replacement therapy
No clinical evidence of CKD	≥60	-				
1	≥90	+	✓	✓		
2	60-89	+	✓	✓		
3	30-59	+/-	✓	✓	✓	
4	15-29	+/-		✓	✓	✓
5	<15	+/-			✓	✓

CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate

†CKD stages 1 and 2 are defined by evidence of kidney damage (+), while CKD stages 3-5 are defined by reduced eGFR with or without evidence of kidney damage (+/-). *Kidney damage is most often manifest as albuminuria (UACR ≥30 mg/g Cr) but can also include glomerular hematuria, other abnormalities of the urinary sediment, radiographic abnormalities and other presentations. **Risk factors for CKD progression include elevated blood pressure, glycaemia and albuminuria. ***Refer Table 10.2.

Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S1-S155

Section 10. Microvascular Complications and Foot Care (contd.)

A new Table 10.2 was included describing the complications of chronic kidney disease and related medical and laboratory evaluations

Table 10.2-Selected complications of CKD

Complication	Medical and laboratory evaluation
Elevated blood pressure	Blood pressure, weight
Volume overload	History, physical examination, weight
Electrolyte abnormalities	Serum electrolytes
Metabolic acidosis	Serum electrolytes
Anemia	Haemoglobin, iron testing if indicated
Metabolic bone disease	Serum calcium, phosphate, PTH, vitamin 25(OH)D

- Evaluation of elevated blood pressure and volume overload should occur at every possible clinical contact
- Laboratory evaluations are generally indicated every 6-12 months for stage 3 CKD, every 3-5 months for stage 4 CKD and every 1-3 months for stage 5 CKD or as indicated to evaluate symptoms or changes in therapy.

Section 10. Microvascular Complications and Foot Care (contd.)



Diabetic retinopathy

Intravitreal anti-VEGF ranibizumab, which is non-inferior to panretinal laser photocoagulation, is indicated in reducing the risk of vision loss in patients with proliferative diabetic retinopathy **A**



Diabetic foot

A new section was added describing the mixed evidence on the use of hyperbaric oxygen therapy in people with diabetic foot ulcers

Section 11. Older Adults

Focus on individualized care and prevention of hypoglycemia



Individualized care

- Lower glycemic goals ($A_{1C} < 7.5\%$) for those having coexisting chronic illnesses with intact cognitive function and functional status and less stringent glycemic goals ($A_{1C} < 8.0-8.5\%$) for those with multiple coexisting chronic illnesses, cognitive impairment, or functional dependence **C**
- Medications with low risk of hypoglycemia to be preferred in older adults at increased risk of hypoglycemia **B**
- Overtreatment of diabetes should be avoided **B**
- Deintensification (or simplification) of complex regimens is recommended to reduce the risk of hypoglycemia, if it can be achieved within the individualized A_{1C} target **B**

Section 12. Children and Adolescents

Highlights the importance of strict glycemic control in children and adolescents with T1D and T2D through intensive insulin regimens



T1D

Psychosocial Issues

- Assess youth with diabetes for psychosocial and diabetes-related distress, generally starting at 7–8 years of age **B**



Glycemic control

In view of emerging data on diabetes technologies, additional recommendations were added on the treatment of T1D in children and adolescents

- Majority of children and adolescents with T1D should be treated with intensive insulin regimens, either via MDI or CSII **A**
- Emphasis on SMBG levels multiple times daily, including premeal, prebedtime, and as needed for safety in specific clinical situations such as exercise, driving, or for symptoms of hypoglycemia **B**
- CGM should be considered as an additional tool to improve glycemic control and adherence to the use of device is important for benefits **B**
- Automated insulin delivery systems should be considered to improve glycemic control and reduce hypoglycemia **B**

Section 12. Children and Adolescents (contd.)



T1D

Celiac disease

- Screening for celiac disease in T1D should start soon after the diagnosis of diabetes by measuring IgA tissue transglutaminase antibodies and normal total serum IgA levels or, if IgA deficient, IgG tissue transglutamine and deamidated gliadin antibodies **B (changed from E to B)**
- Screening to be repeated within 2 years of diabetes diagnosis and then again after 5 years and more frequently in children who have symptoms or a first-degree relative with celiac disease **B**



Diabetic kidney disease

- A recommendation regarding eGFR was **removed** because of the poor performance of the estimating equation in youth

Section 12. Children and Adolescents (contd.)

T2D

Section of T2D in children and adolescent was substantially extended with new recommendations



Screening and diagnosis

- Risk-based screening for prediabetes and/or T2D should be considered after the onset of puberty or ≥ 10 years of age, who are overweight (BMI $> 85^{\text{th}}$ %) or obese (BMI $> 95^{\text{th}}$ %) and who have one or more additional risk factors for diabetes **A**
- Tests to be repeated every 3 years minimum **E**, or more frequently if BMI is increasing **C**
- FPG, 2-h plasma glucose during a 75-g OGTT, and A_{1C} can be used to test for prediabetes or diabetes in children and adolescents. **B**



Lifestyle management

- Comprehensive lifestyle programs to be integrated in diabetes management to achieve 7–10% decrease in excess weight in overweight or obese youth with T2D **C**
- Lifestyle intervention should be based on a chronic care model and offered in the context of diabetes care **E**
- To participate in at least 60 min of moderate to vigorous physical activity per day (and strength training on at least 3 days/week) **B** and to decrease sedentary behavior **C**
- Emphasis on consumption of nutrient dense, high-quality foods and decreased consumption of calorie dense, nutrient-poor foods, particularly sugar-added beverages **B**

Section 12. Children and Adolescents (contd.)



In T2D

Pharmacologic management

- Initiate pharmacologic therapy, in addition to lifestyle therapy, at diagnosis of T2D **A**
- In metabolically stable patients ($A_{1C} < 8.5\%$ and asymptomatic), metformin is the initial pharmacologic treatment if renal function is >30 ml/min/ 1.73 m² **A**
- Symptomatic youth with marked hyperglycemia (blood glucose ≥ 250 mg/dL, $A_{1C} \geq 8.5\%$) without ketoacidosis at diagnosis should be treated initially with basal insulin while metformin is initiated and titrated to maximally tolerated dose to achieve A_{1C} goal **E**
- Basal insulin should be initiated when A_{1C} target is not met with metformin monotherapy, or if contraindications or intolerable side effects of metformin develop **E**
- In patients initially treated with basal insulin and metformin who meet glucose targets, basal insulin can be tapered over 2–6 weeks by decreasing the insulin dose by 10–30% every few days **A**
- Use of medications not approved by the US FDA for youth with T2D is not recommended outside of research trials **B**
- All youth with T2D and their families should receive comprehensive diabetes self-management education and support **B**

Section 13. Management of Diabetes in Pregnancy

Management of preeclampsia in women with T1D or T2D



Management of GDM or preexisting T1D or T2D

- Insulin is the preferred medication for management of GDM, T1D or T2D. Metformin and glyburide may be used; however, all oral agents lack long-term safety data **A**



Preeclampsia and Aspirin

- Women with T1D or T2D should be prescribed low dose aspirin 60–150 mg/day (usual dose 81 mg/day) from the end of the first trimester until the baby is born in order to lower the risk of preeclampsia **A**



Pregnancy and drug considerations

Level of evidence was updated from the previous version

- In pregnant patients with diabetes and chronic hypertension, BP targets of 120–160/80–105 mmHg are suggested in the interest of optimizing long-term maternal health and minimizing impaired fetal growth **E**
- Potentially teratogenic medications (ACEis, ARBs, statins) should be avoided in sexually active women of childbearing age who are not using reliable contraception **B**

2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults

GUIDELINES MADE SIMPLE

A Selection of Tables and Figures



AMERICAN
COLLEGE *of*
CARDIOLOGY®

Categories of BP in Adults*

BP Category	SBP		DBP
Normal	<120 mm Hg	and	<80 mm Hg
Elevated	120–129 mm Hg	and	<80 mm Hg
Hypertension			
Stage 1	130–139 mm Hg	or	80–89 mm Hg
Stage 2	≥140 mm Hg	or	≥90 mm Hg

*Individuals with SBP and DBP in 2 categories should be designated to the higher BP category.

Table 6

Corresponding Values of Systolic BP/Diastolic BP for Clinic, Home (HBPM), Daytime, Nighttime, and 24-Hour Ambulatory (ABPM) Measurements.

Clinic	HBPM	Daytime ABPM	Nighttime ABPM	24-Hour ABPM
120/80	120/80	120/80	100/65	115/75
130/80	130/80	130/80	110/65	125/75
140/90	135/85	135/85	120/70	130/80
160/100	145/90	145/90	140/85	145/90

Table 11

Detection of White Coat Hypertension or Masked Hypertension in Patients Not on Drug Therapy

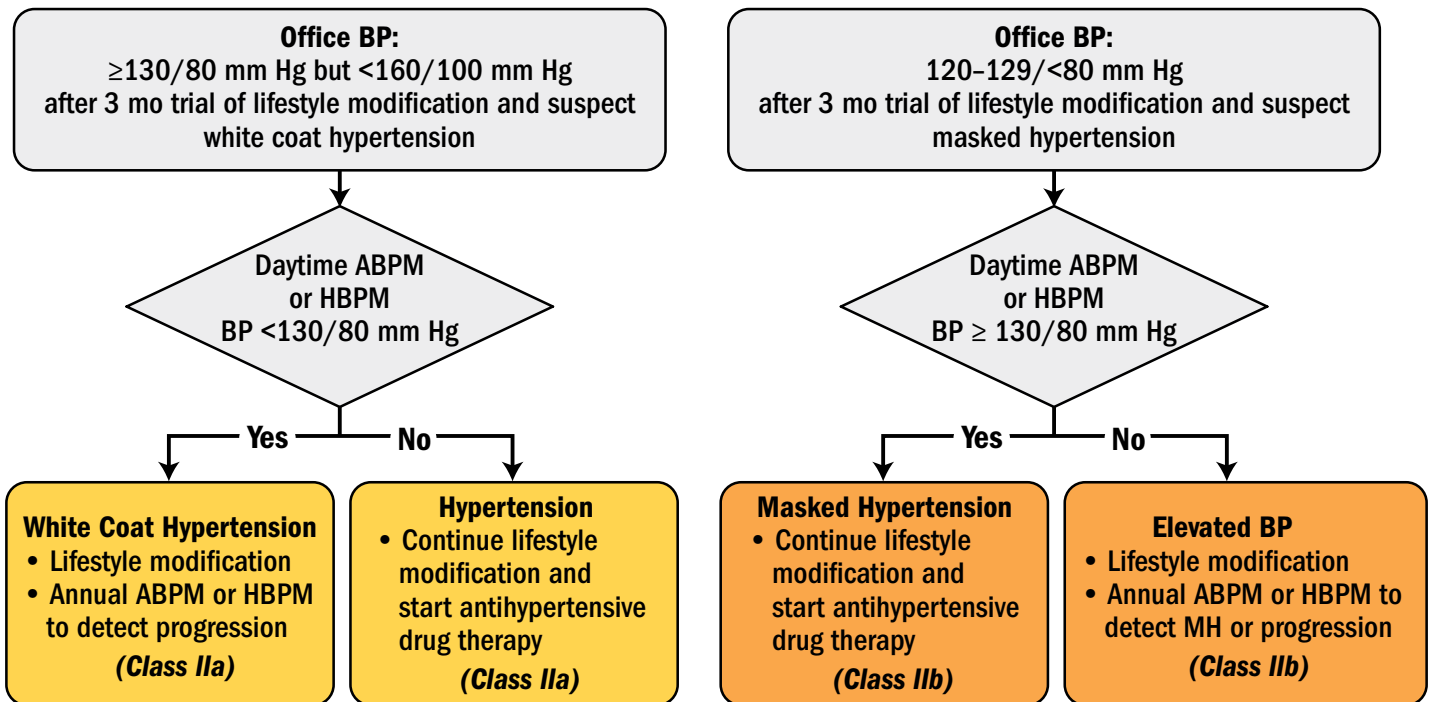


Figure 1

Detection of White Coat Hypertension or Masked Hypertension in Patients on Drug Therapy

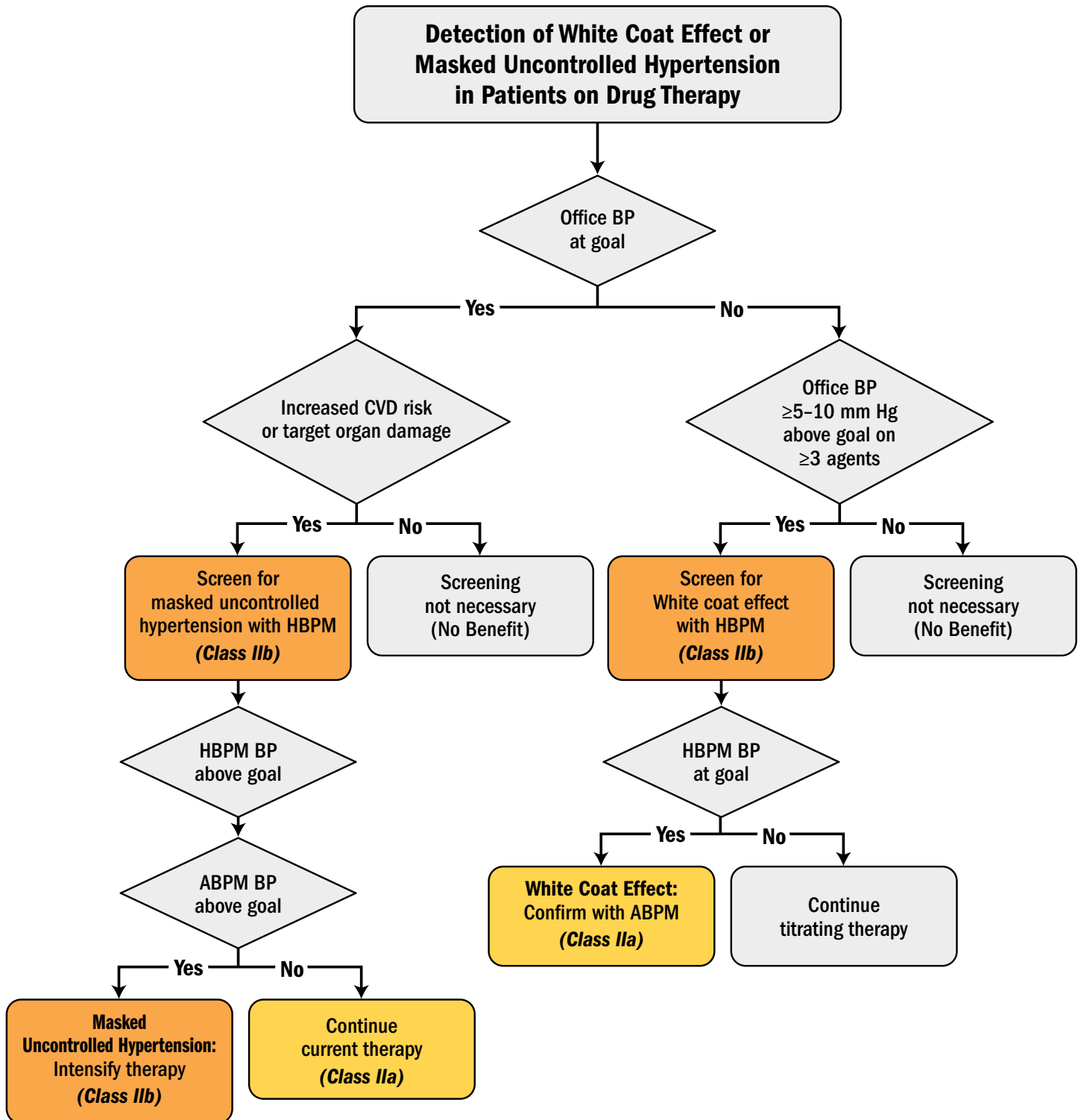


Figure 2

Screening for Secondary Hypertension

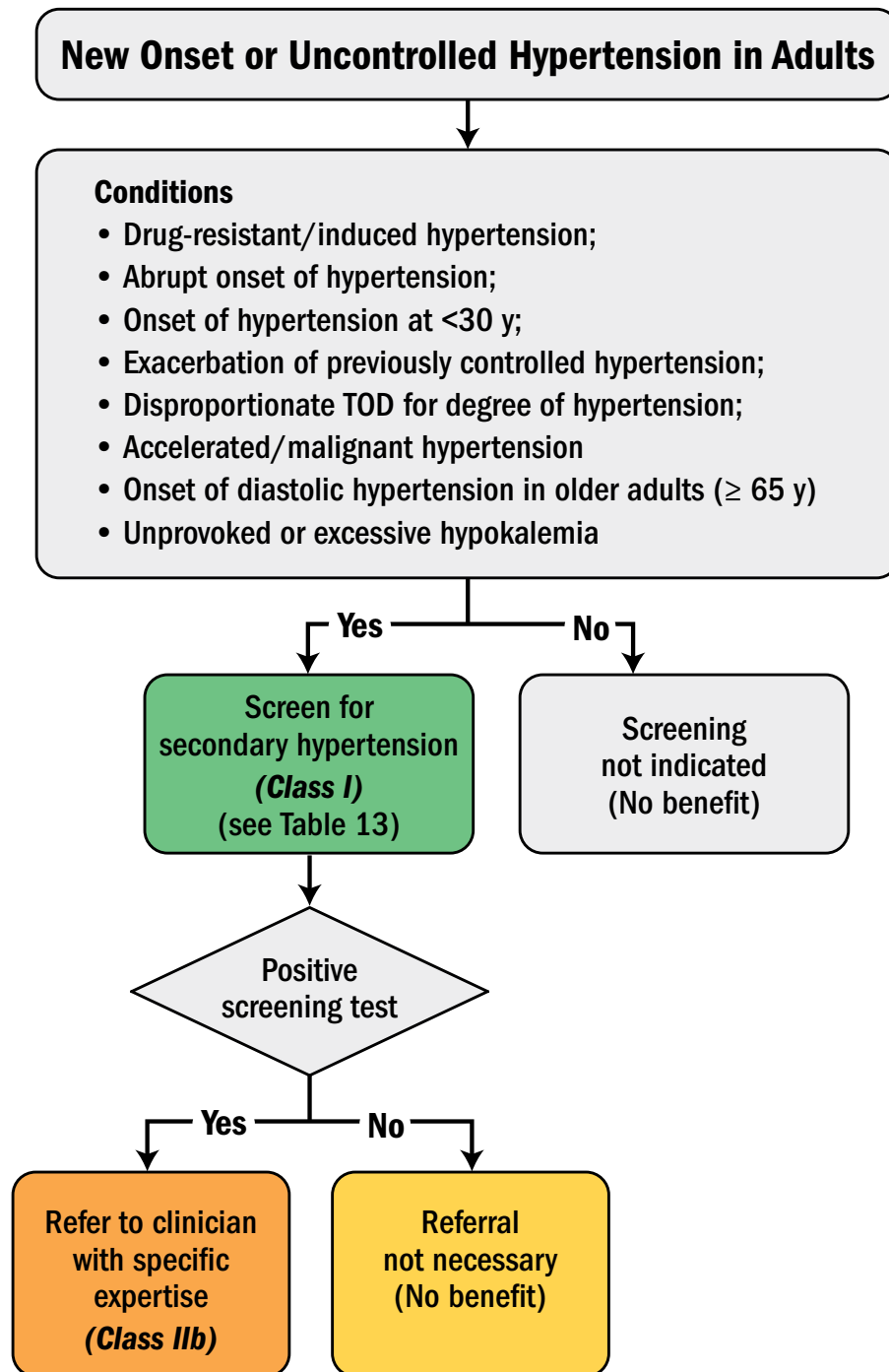


Figure 3

Causes of Secondary Hypertension with Clinical Indications and Diagnostic Screening Tests (1 of 3)

	Prevalence	Clinical Indications	Physical Exam	Screening Tests	Additional/Confirmatory Tests
Common Causes					
Renal parenchymal disease	1%–2%	Urinary tract infections; obstruction, hematuria; urinary frequency and nocturia; analgesic abuse; family history of polycystic kidney disease; elevated serum creatinine; abnormal urinalysis	Abdominal mass (polycystic kidney disease); skin pallor	Renal ultrasound	Tests to evaluate cause of renal disease
Renovascular disease	5%–34%*	Resistant hypertension; hypertension of abrupt onset or worsening or increasingly difficult to control; flash pulmonary edema (atherosclerotic); early onset hypertension, especially in women (fibromuscular hyperplasia)	Abdominal systolic-diastolic bruit; bruits over other arteries (carotid – atherosclerotic or fibromuscular dysplasia), femoral	Renal Duplex Doppler ultrasound; MRA; abdominal CT	Bilateral selective renal intraarterial angiography
Primary aldosteronism	8%–20%†	Resistant hypertension; hypertension with hypokalemia (spontaneous or diuretic-induced); hypertension and muscle cramps or weakness; hypertension and incidentally discovered adrenal mass; hypertension and obstructive sleep apnea; hypertension and family history of early onset hypertension or stroke	Arrhythmias (with hypokalemia); especially atrial fibrillation	Plasma aldosterone/renin ratio under standardized conditions (correction of hypokalemia and withdrawal of aldosterone antagonists for 4–6 wk)	Oral sodium loading test (prior to 24 h urine aldosterone) or IV saline infusion test with plasma aldosterone at 4 h of infusion. Adrenal CT scan, Adrenal vein sampling. Trial of mineralocorticoid receptor blockers§
Obstructive sleep apnea‡	25%–50%	Resistant hypertension; snoring; fitful sleep; breathing pauses during sleep; daytime sleepiness	Obesity, Mallampati class III–IV; loss of normal nocturnal BP fall	Berlin Questionnaire (8); Epworth Sleepiness Score (9); overnight oximetry	Polysomnography
Drug- or alcohol-induced	2%–4%	Sodium-containing antacids; caffeine; nicotine (smoking); alcohol; NSAIDs; oral contraceptives; cyclosporine or tacrolimus; sympathomimetics (decongestants, anorectics); cocaine, amphetamines and other illicit drugs; neuro psychiatric agents; erythropoiesis stimulating agents; clonidine withdrawal; herbal agents (MaHuang, ephedra)	Fine tremor, tachycardia, sweating (cocaine, ephedrine, MAO inhibitors); acute abdominal pain (cocaine)	Urinary drug screen (illicit drugs)	Response to withdrawal of suspected agent

Uncommon Causes will be listed in the next two pages



Causes of Secondary Hypertension with Clinical Indications and Diagnostic Screening Tests (2 of 3)

	Prevalence	Clinical Indications	Physical Exam	Screening Tests	Additional/Confirmatory Tests
Uncommon Causes					
Pheochromocytoma/paraganglioma	0.1%–0.6%	Resistant hypertension; paroxysmal hypertension or crisis superimposed on sustained hypertension; “spells”, BP lability, headache, sweating, palpitations, pallor; positive family history of pheochromocytoma/paraganglioma; adrenal incidentaloma	Skin stigmata of neurofibromatosis (café-au-lait spots; neurofibromas); orthostatic hypotension	24-h urinary fractionated metanephrines or plasma metanephrines under standard conditions (30' supine position with indwelling IV cannula)	CT or MRI scan of abdomen/pelvis
Cushing's syndrome	<0.1%	Rapid weight gain, especially with central distribution; proximal muscle weakness; depression; hyperglycemia	Central obesity, “moon” face, dorsal and supraclavicular fat pads, wide (1 cm) violaceous striae, hirsutism	Overnight 1 mg dexamethasone suppression test	24-h urinary free cortisol excretion (preferably multiple); midnight salivary cortisol
Hypothyroidism	<1%	Dry skin; cold intolerance; constipation; hoarseness; weight gain	Delayed ankle reflex; periorbital puffiness; coarse skin; cold skin; slow movement; goiter	Thyroid stimulating hormone; free thyroxine	None
Hyperthyroidism	<1%	Warm, moist skin; heat intolerance; nervousness; tremulousness; insomnia; weight loss; diarrhea; proximal muscle weakness	Lid lag; fine tremor of the outstretched hands; warm, moist skin	Thyroid stimulating hormone, free thyroxine	Radioactive iodine uptake and scan
Aortic coarctation (undiagnosed or repaired)	0.1%	Young patient with hypertension (<30 y of age)	BP higher in upper extremities compared to lower extremities; absent femoral pulses; continuous murmur over patient's back, chest, or abdominal bruit; left thoracotomy scar (postoperative)	Echocardiogram	Thoracic and abdominal CT or MRA
Primary hyperparathyroidism	Rare	Hypercalcemia	Usually none	Serum calcium	Serum parathyroid hormone

Uncommon Causes will continue in the next page



Causes of Secondary Hypertension with Clinical Indications and Diagnostic Screening Tests (3 of 3)

	Prevalence	Clinical Indications	Physical Exam	Screening Tests	Additional/Confirmatory Tests
Uncommon Causes (continued from previous page)					
Congenital adrenal hyperplasia	Rare	Hypertension and hypokalemia; virilization (11-beta-hydroxylase deficiency [11-beta-OH]) incomplete masculinization in males and primary amenorrhea in females (17-alpha-hydroxylase deficiency [17-alpha-OH])	Signs of virilization (11-beta-OH) or incomplete masculinization (17-alpha-OH)	Hypertension and hypokalemia with low or normal aldosterone and renin	11-beta-OH: elevated deoxycorticosterone (DOC), 11-deoxycortisol and androgens 17-alpha-OH: decreased androgens and estrogen; elevated deoxycorticosterone and corticosterone
Mineralocorticoid excess syndromes other than primary aldosteronism	Rare	Early onset hypertension; resistant hypertension; hypokalemia or hyperkalemia	Arrhythmias (with hypokalemia)	Low aldosterone and renin	Urinary cortisol metabolites; genetic testing
Acromegaly	Rare	Acral features, enlarging shoe, glove or hat size; headache, visual disturbances; diabetes mellitus	Acral features; large hands and feet; frontal bossing	Serum growth hormone ≥ 1 ng/mL during oral glucose load	Elevated age- and sex-matched IGF-1 level; MRI scan of the pituitary

*Depending on the clinical situation (hypertension alone, 5%; hypertension starting dialysis, 22%; hypertension and peripheral vascular disease, 28%; hypertension in the elderly with congestive heart failure, 34%).

†8% in general population with hypertension; up to 20% in patients with resistant hypertension.

‡Although obstructive sleep apnea is listed as a cause of secondary hypertension, RCTs on the effects of continuous positive airway pressure on lowering BP in patients with hypertension have produced mixed results

§May treat patients with resistant hypertension with a MRA whether or not primary aldosteronism is present.

Table 13



Frequently Used Medications and Other Substances That May Cause Elevated BP*

Agent	Possible Management Strategy
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> Limit alcohol to ≤ 1 drink daily for women and ≤ 2 drinks for men
Amphetamines (e.g., amphetamine, methylphenidate, dextromethylphenidate, dextroamphetamine)	<ul style="list-style-type: none"> Discontinue or decrease dose Consider behavioral therapies for ADHD
Antidepressants (e.g., MAOIs, SNRIs, TCAs)	<ul style="list-style-type: none"> Consider alternative agents (e.g., SSRIs,) depending on indication Avoid tyramine containing foods with MAOIs
Atypical antipsychotics (e.g., clozapine, olanzapine)	<ul style="list-style-type: none"> Discontinue or limit use when possible Consider behavior therapy where appropriate Lifestyle modification (Section 6.2) Consider alternative agents associated with lower risk of weight gain, diabetes mellitus, and dyslipidemia (e.g., aripiprazole, ziprasidone).
Caffeine	<ul style="list-style-type: none"> Generally limit caffeine intake to < 300 mg/d Avoid use in patients with uncontrolled hypertension Coffee use in patients with hypertension associated with acute increases in BP; long-term use not associated with increased BP or CVD
Decongestants (e.g., phenylephrine, pseudoephedrine)	<ul style="list-style-type: none"> Use for shortest duration possible and avoid in severe or uncontrolled hypertension Consider alternative therapies (e.g., nasal saline, intranasal corticosteroids, antihistamines) as appropriate
Herbal supplements (e.g., Ma Huang [ephedra], St. John's wort [with MAO inhibitors, yohimbine])	<ul style="list-style-type: none"> Avoid use
Immunosuppressants (e.g., cyclosporine)	<ul style="list-style-type: none"> Consider converting to tacrolimus, which may be associated with less effects on BP
Oral contraceptives	<ul style="list-style-type: none"> Use low-dose (e.g., 20–30 mcg ethinyl estradiol) agents or a progestin-only form of contraception and/or consider alternative forms of birth control where appropriate (e.g., barrier, abstinence, IUD) Avoid use in women with uncontrolled hypertension
NSAIDs	<ul style="list-style-type: none"> Avoid systemic NSAIDs when possible Consider alternative analgesics (e.g., acetaminophen, tramadol, topical NSAIDs,) depending on indication and risk
Recreational drugs (e.g., “bath salts” [MDPV], cocaine, methamphetamine, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Discontinue and/or avoid use
Systemic corticosteroids (e.g., dexamethasone, fludrocortisone, methylprednisolone, prednisone, prednisolone)	<ul style="list-style-type: none"> Avoid or limit use when possible Consider alternative modes of administration (e.g., inhaled, topical) when feasible
Angiogenesis inhibitor (eg. bevacizumab) and tyrosine kinase inhibitors (eg. sunitinib, sorafenif)	<ul style="list-style-type: none"> Initiate or intensify antihypertensive therapy

*List is not all-inclusive.

Table 14



Best Proven Nonpharmacologic Interventions for Prevention and Treatment of Hypertension*

	Nonpharmacologic Intervention	Dose	Approximate Impact on SBP	
			Hypertension	Normotension
Weight loss	Weight/body fat	Ideal body weight is best goal but at least 1 kg reduction in body weight for most adults who are overweight. Expect about 1 mm Hg for every 1 kg reduction in body weight.	-5 mm Hg	-2/3 mm Hg
Healthy diet	DASH dietary pattern	Diet rich in fruits, vegetables, whole grains, and low-fat dairy products with reduced content of saturated and trans fat	-11 mm Hg	-3 mm Hg
Reduced intake of dietary sodium	Dietary sodium	<1,500 mg/d is optimal goal but at least 1,000 mg/d reduction in most adults	-5/6 mm Hg	-2/3 mm Hg
Enhanced intake of dietary potassium	Dietary potassium	3,500–5,000 mg/d, preferably by consumption of a diet rich in potassium	-4/5 mm Hg	-2 mm Hg
Physical activity	Aerobic	<ul style="list-style-type: none"> • 120–150 min/wk • 65%–75% heart rate reserve 	-5/8 mm Hg	-2/4 mm Hg
	Dynamic Resistance	<ul style="list-style-type: none"> • 90–150 min/wk • 50%–80% 1 rep maximum • 6 exercises, 3 sets/exercise, 10 repetitions/set 	-4 mm Hg	-2 mm Hg
	Isometric Resistance	<ul style="list-style-type: none"> • 4 x 2 min (hand grip), 1 min rest between exercises, 30%–40% maximum voluntary contraction, 3 sessions/wk • 8–10 wk 	-5 mm Hg	-4 mm Hg
Moderation in alcohol intake	Alcohol consumption	In individuals who drink alcohol, reduce alcohol [†] to: <ul style="list-style-type: none"> • Men: ≤2 drinks daily • Women: ≤1 drink daily 	-4 mm Hg	-3 mm Hg

*Type, dose, and expected impact on BP in adults with a normal BP and with hypertension.

†In the United States, one “standard” drink contains roughly 14 grams of pure alcohol, which is typically found in 12 ounces of regular beer (usually about 5% alcohol), 5 ounces of wine (usually about 12% alcohol) and 1.5 ounces of distilled spirits (usually about 40% alcohol).

Table 15

Basic and Optional Laboratory Tests for Primary Hypertension

Basic Testing	Fasting blood glucose*
	Complete blood count
	Lipid profile
	Serum creatinine with eGFR*
	Serum sodium, potassium, calcium*
	Thyroid-stimulating hormone
	Urinalysis
	Electrocardiogram
Optional Testing	Echocardiogram
	Uric acid
	Urinary albumin to creatinine ratio

* May be included in a comprehensive metabolic panel

Table 17



Blood Pressure (BP) Thresholds and Recommendations for Treatment and Follow-Up

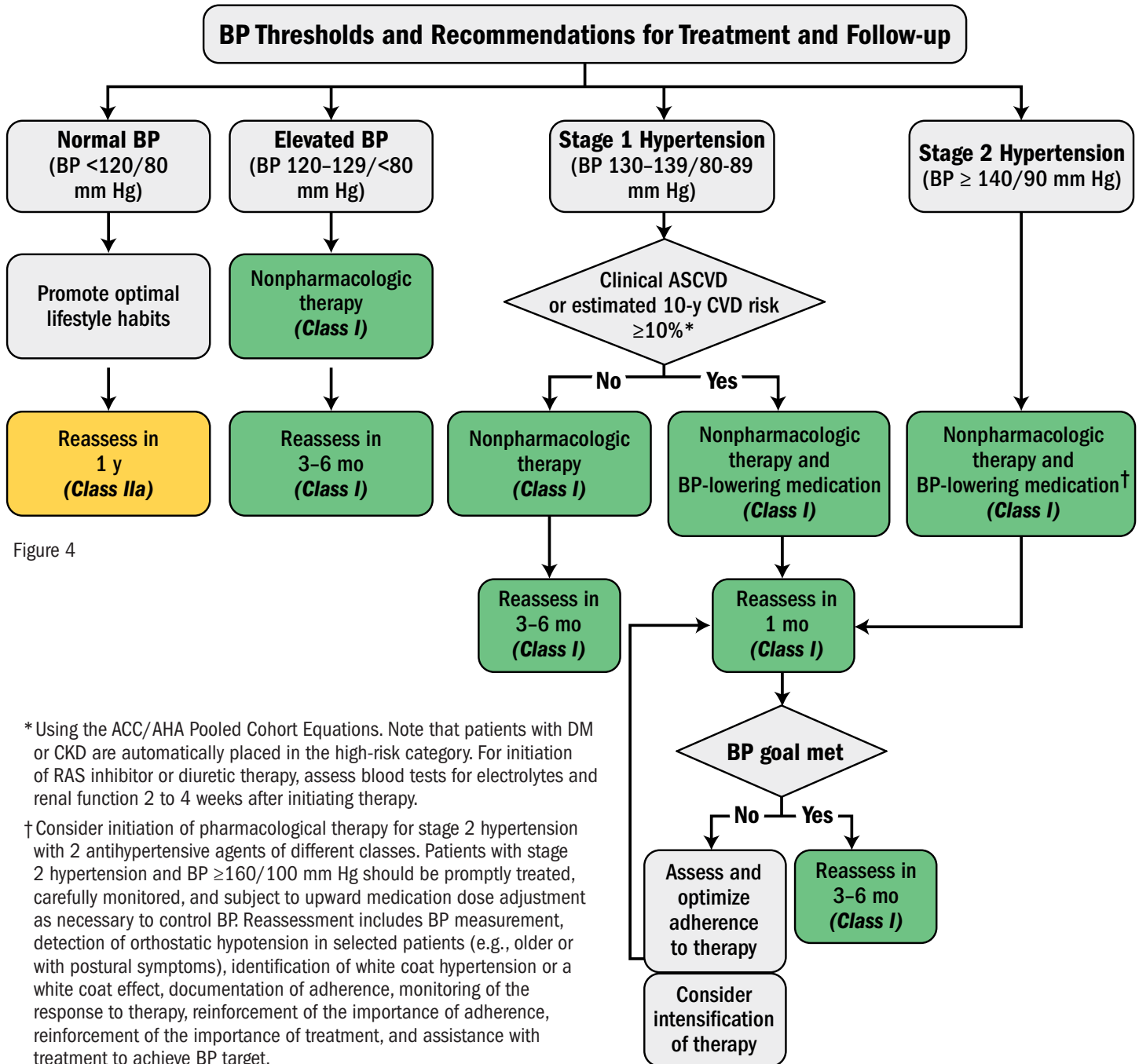


Figure 4

*Using the ACC/AHA Pooled Cohort Equations. Note that patients with DM or CKD are automatically placed in the high-risk category. For initiation of RAS inhibitor or diuretic therapy, assess blood tests for electrolytes and renal function 2 to 4 weeks after initiating therapy.

†Consider initiation of pharmacological therapy for stage 2 hypertension with 2 antihypertensive agents of different classes. Patients with stage 2 hypertension and BP ≥160/100 mm Hg should be promptly treated, carefully monitored, and subject to upward medication dose adjustment as necessary to control BP. Reassessment includes BP measurement, detection of orthostatic hypotension in selected patients (e.g., older or with postural symptoms), identification of white coat hypertension or a white coat effect, documentation of adherence, monitoring of the response to therapy, reinforcement of the importance of adherence, reinforcement of the importance of treatment, and assistance with treatment to achieve BP target.

BP Thresholds for and Goals of Pharmacologic Therapy in Patients with Hypertension According to Clinical Conditions

Clinical Condition (s)	BP Threshold mm Hg	BP Goal mm Hg
General		
Clinical CVD or 10 year ASCVD risk \geq 10%	\geq 130/80	<130/80
No clinical CVD and 10 year ASCVD risk <10%	\geq 140/90	<130/80
Older persons (\geq 65 years of age; non-institutionalized, ambulatory, community-living adults)	\geq 130 (SBP)	<130 (SBP)
Specific Comorbidities		
Diabetes mellitus	\geq 130/80	<130/80
Chronic kidney disease	\geq 130/80	<130/80
Chronic kidney disease post-renal transplantation	\geq 130/80	<130/80
Heart failure	\geq 130/80	<130/80
Stable ischemic heart disease	\geq 130/80	<130/80
Secondary stroke prevention	\geq 140/90	<130/80
Secondary stroke prevention (lacunar)	\geq 130/80	<130/80
Peripheral arterial disease	\geq 130/80	<130/80

Table 23

GUIDELINES MADE SIMPLE

2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults

Oral Antihypertensive Drugs (1 of 3)

Class	Drug	Usual Dose, Range (mg per day)*	Daily Frequency	Comments
Primary Agents				
Thiazide or thiazide-type diuretics	Chlorthalidone	12.5-25	1	<ul style="list-style-type: none"> • Chlorthalidone preferred based on prolonged half-life and proven trial reduction of CVD • Monitor for hyponatremia and hypokalemia, uric acid and calcium levels. • Use with caution in patients with history of acute gout unless patient is on uric acid-lowering therapy.
	Hydrochlorothiazide	25-50	1	
	Indapamide	1.25-2.5	1	
	Metolazone	2.5-10	1	
ACE Inhibitors	Benazepril	10-40	1 or 2	<ul style="list-style-type: none"> • Do not use in combination with ARBs or direct renin inhibitor • Increased risk of hyperkalemia, especially in patients with CKD or in those on K+ supplements or K+-sparing drugs • May cause acute renal failure in patients with severe bilateral renal artery stenosis • Do not use if history of angioedema with ACE inhibitors. • Avoid in pregnancy
	Captopril	12.5-150	2 or 3	
	Enalapril	5-40	1 or 2	
	Fosinopril	10-40	1	
	Lisinopril	10-40	1	
	Moexipril	7.5-30	1 or 2	
	Perindopril	4-16	1	
	Quinapril	10-80	1 or 2	
	Ramipril	2.5-10	1 or 2	
ARBs	Azilsartan	40-80	1	<ul style="list-style-type: none"> • Do not use in combination with ACE inhibitors or direct renin inhibitor • Increased risk of hyperkalemia in CKD or in those on K+ supplements or K+-sparing drugs • May cause acute renal failure in patients with severe bilateral renal artery stenosis • Do not use if history of angioedema with ARBs. Patients with a history of angioedema with an ACEI can receive an ARB beginning 6 weeks after ACEI discontinued. • Avoid in pregnancy
	Candesartan	8-32	1	
	Eprosartan	600-800	1 or 2	
	Irbesartan	150-300	1	
	Losartan	50-100	1 or 2	
	Olmesartan	20-40	1	
	Telmisartan	20-80	1	
	Valsartan	80-320	1	
CCB—dihydropyridines	Amlodipine	2.5-10	1	<ul style="list-style-type: none"> • Avoid use in patients with HFrEF; amlodipine or felodipine may be used if required • Associated with dose-related pedal edema, which is more common in women than men
	Felodipine	5-10	1	
	Isradipine	5-10	2	
	Nicardipine SR	5-20	1	
	Nifedipine LA	60-120	1	
	Nisoldipine	30-90	1	
CCB—nondihydropyridines	Diltiazem SR	180-360	2	<ul style="list-style-type: none"> • Avoid routine use with beta blockers due to increased risk of bradycardia and heart block • Do not use in patients with HFrEF • Drug interactions with diltiazem and verapamil (CYP3A4 major substrate and moderate inhibitor)
	Diltiazem ER	120-480	1	
	Verapamil IR	40-80	3	
	Verapamil SR	120-480	1 or 2	
	Verapamil-delayed onset ER (various forms)	100-480	1 (in the evening)	

Table is continued in the next two pages



Oral Antihypertensive Drugs (2 of 3)

Class	Drug	Usual Dose, Range (mg per day)*	Daily Frequency	Comments
Secondary Agents				
Diuretics—loop	Bumetanide	0.5–4	2	<ul style="list-style-type: none"> Preferred diuretics in patients with symptomatic HF. Preferred over thiazides in patients with moderate-to-severe CKD (e.g., GFR <30 mL/min)
	Furosemide	20–80	2	
	Torsemide	5–10	1	
Diuretics—potassium sparing	Amiloride	5–10	1 or 2	<ul style="list-style-type: none"> Monotherapy agents minimally effective antihypertensives Combination therapy of potassium sparing diuretic with a thiazide can be considered in patients with hypokalemia on thiazide monotherapy Avoid in patients with significant CKD (e.g., GFR <45 mL/min)
	Triamterene	50–100	1 or 2	
Diuretics—aldosterone antagonists	Eplerenone	50–100	12	<ul style="list-style-type: none"> Preferred agents in primary aldosteronism and resistant hypertension Spironolactone associated with greater risk of gynecomastia and impotence compared to eplerenone Common add-on therapy in resistant hypertension Avoid use with K⁺ supplements, other K⁺-sparing diuretics or significant renal dysfunction Eplerenone often requires twice daily dosing for adequate BP lowering
	Spironolactone	25–100	1	
Beta blockers—cardioselective	Atenolol	25–100	12	<ul style="list-style-type: none"> Beta blockers are not recommended as first-line agents unless the patient has IHD or HF Preferred in patients with bronchospastic airway disease requiring a beta blocker Bisoprolol and metoprolol succinate preferred in patients with HFrEF Avoid abrupt cessation
	Betaxolol	5–20	1	
	Bisoprolol	2.5–10	1	
	Metoprolol tartrate	100–400	2	
	Metoprolol succinate	50–200	1	
Beta blockers—cardioselective and vasodilatory	Nebivolol	5–40	1	<ul style="list-style-type: none"> Induces nitric oxide-induced vasodilation Avoid abrupt cessation
Beta blockers—noncardioselective	Nadolol	40–120	1	<ul style="list-style-type: none"> Avoid in patients with reactive airways disease Avoid abrupt cessation
	Propranolol IR	160–480	2	
	Propranolol LA	80–320	1	
Beta blockers—intrinsic sympathomimetic activity	Acebutolol	200–800	2	<ul style="list-style-type: none"> Generally avoid, especially in patients with IHD or HF Avoid abrupt cessation
	Carteolol	2.5–10	1	
	Penbutolol	10–40	1	
	Pindolol	10–60	2	

Table is continued in the next page



Oral Antihypertensive Drugs (3 of 3)

Class	Drug	Usual Dose, Range (mg per day)*	Daily Frequency	Comments
Secondary Agents (continued from previous page)				
Beta blockers—combined alpha- and beta-receptor	Carvedilol	12.5-50	2	<ul style="list-style-type: none"> • Carvedilol preferred in patients with HFrEF • Avoid abrupt cessation
	Carvedilol phosphate	20-80	1	
	Labetalol	200-800	2	
Direct renin inhibitor	Aliskiren	150-300	1	<ul style="list-style-type: none"> • Do not use in combination with ACE inhibitors or ARBs • Aliskiren is very long acting • Increased risk of hyperkalemia in CKD or in those on K⁺ supplements or K⁺ sparing drugs • May cause acute renal failure in patients with severe bilateral renal artery stenosis • Avoid in pregnancy
Alpha-1 blockers	Doxazosin	1-8	1	<ul style="list-style-type: none"> • Associated with orthostatic hypotension, especially in older adults • May consider as second-line agent in patients with concomitant BPH
	Prazosin	2-20	2 or 3	
	Terazosin	1-20	1 or 2	
Central alpha1-agonist and other centrally acting drugs	Clonidine oral	0.1-0.8	2	<ul style="list-style-type: none"> • Generally reserved as last-line due to significant CNS adverse effects, especially in older adults • Avoid abrupt discontinuation of clonidine, which may induce hypertensive crisis; clonidine must be tapered to avoid rebound hypertension
	Clonidine patch	0.1-0.3	1 weekly	
	Methyldopa	250-1000	2	
	Guanfacine	0.5-2	1	
Direct vasodilators	Hydralazine	250-200	2 or 3	<ul style="list-style-type: none"> • Associated with sodium and water retention and reflex tachycardia; use with a diuretic and bet a blocker • Hydralazine associated with drug-induced lupus-like syndrome at higher doses • Minoxidil associated with hirsutism and requires a loop diuretic. Can induce pericardial effusion
	Minoxidil	5-100	1-3	

*Dosages may vary from those listed in the FDA approved labeling (available at <http://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/index.cfm>).

Adapted with permission from Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003; 289:2560-72

Table 18

Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF)

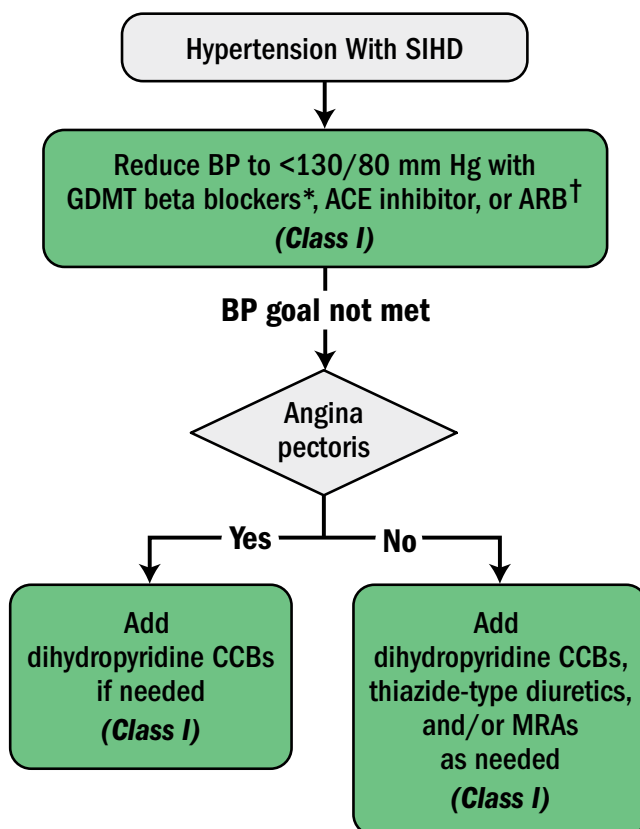
Recommendations for Treatment of Hypertension in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF) Referenced studies that support recommendations are summarized in online Data Supplement 34		
COR	LOE	Recommendations
I	C-EO	1. Adults with HFrEF and hypertension should be prescribed GDMT* titrated to attain a BP less than 130/80 mm Hg.
III: No Benefit	B-R	2. Nondihydropyridine CCBs are not recommended in the treatment of hypertension in adults with HFrEF.

Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF)

Recommendations for Treatment of Hypertension in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF) Referenced studies that support recommendations are summarized in online Data Supplement 35, 36		
COR	LOE	Recommendations
I	C-EO	1. In adults with HFpEF who present with symptoms of volume overload, diuretics should be prescribed to control hypertension.
I	C-LD	2. Adults with HFpEF and persistent hypertension after management of volume overload should be prescribed ACE inhibitors or ARB and beta blockers titrated to attain systolic BP less than 130 mm Hg.



Management of Hypertension in Patients with Stable Ischemic Heart Disease (SIHD)



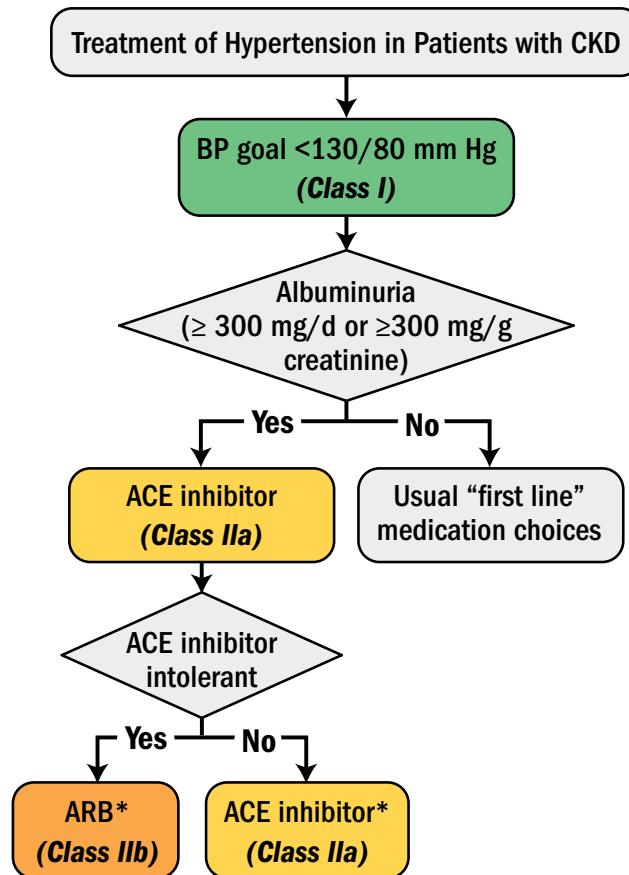
* GDMT beta blockers for BP control or relief of angina include carvedilol, metoprolol tartrate, metoprolol succinate, nadolol, bisoprolol, propranolol, and timolol. Avoid beta blockers with intrinsic sympathomimetic activity. The beta blocker atenolol should not be used because it is less effective than placebo in reducing cardiovascular events.

† If needed for BP control.

Figure 5



Management of Hypertension in Patients with Chronic Kidney Disease



*CKD stage 3 or higher or stage 1 or 2 with albuminuria ≥ 300 mg/d or ≥ 300 mg/g creatinine.

Figure 6

Management of Hypertension in Patients with Acute Intercerebral Hemorrhage

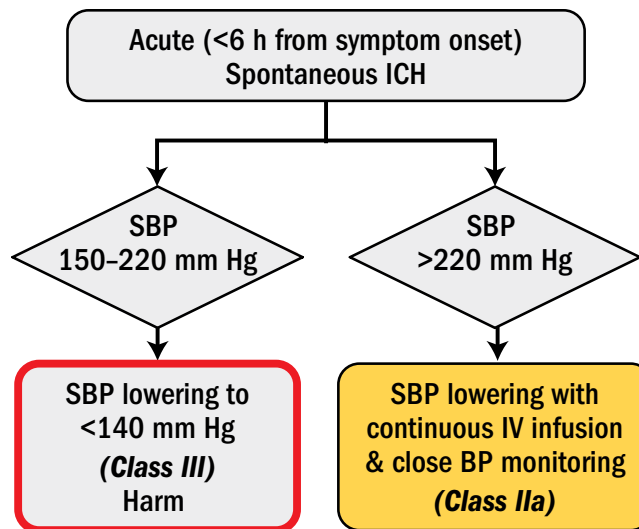


Figure 7

Management of Hypertension in Patients with Acute ischemic Stroke

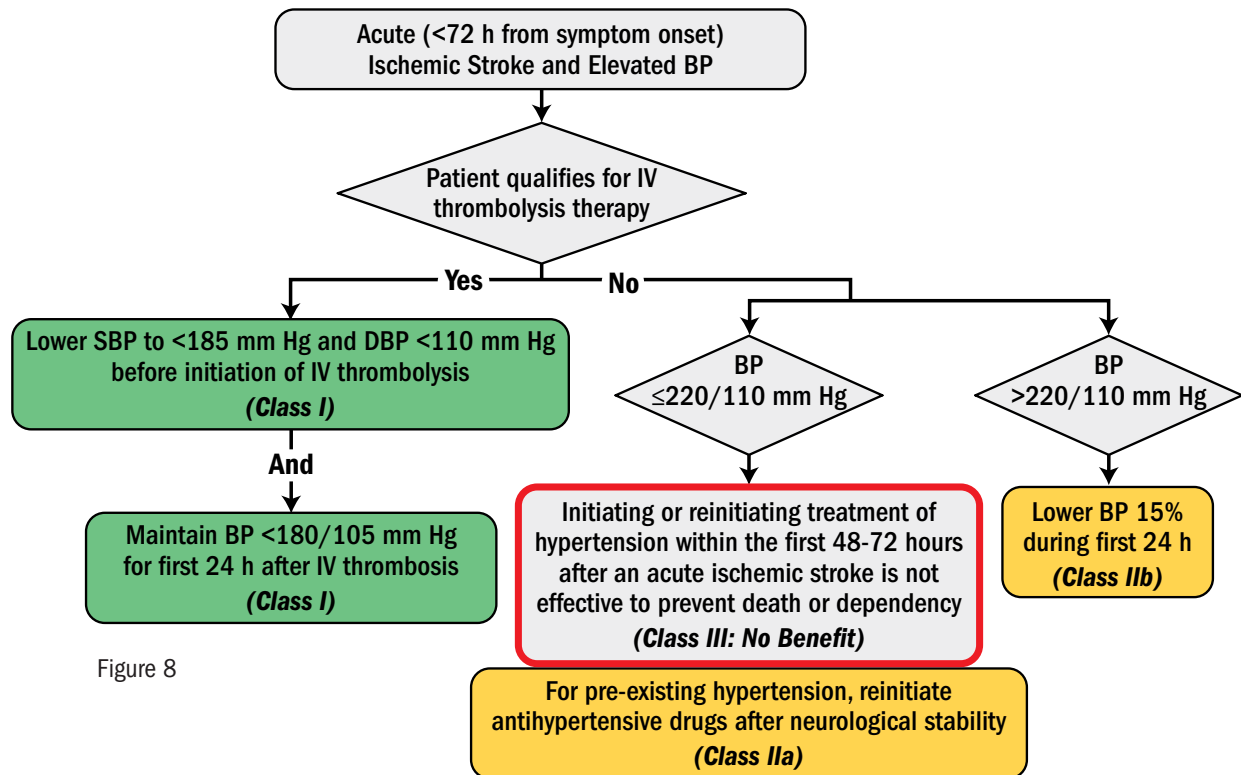


Figure 8

Management of Hypertension in Patients with a Previous History of Stroke (Secondary Stroke Prevention)

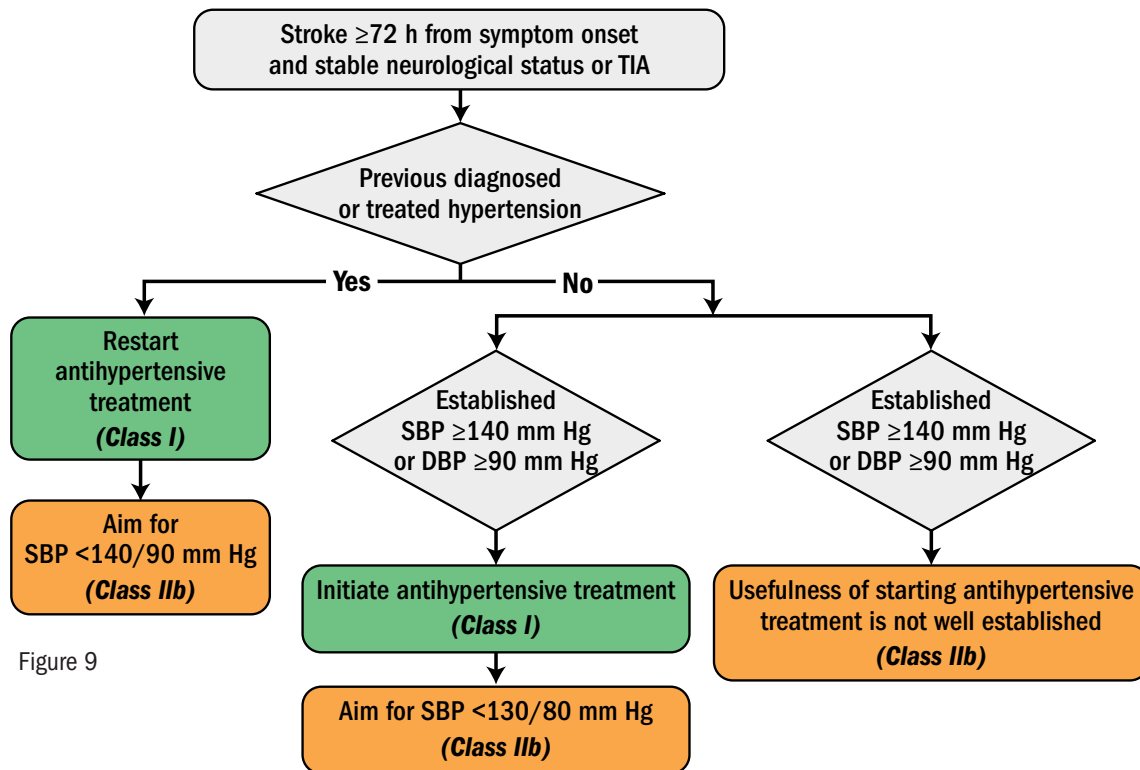
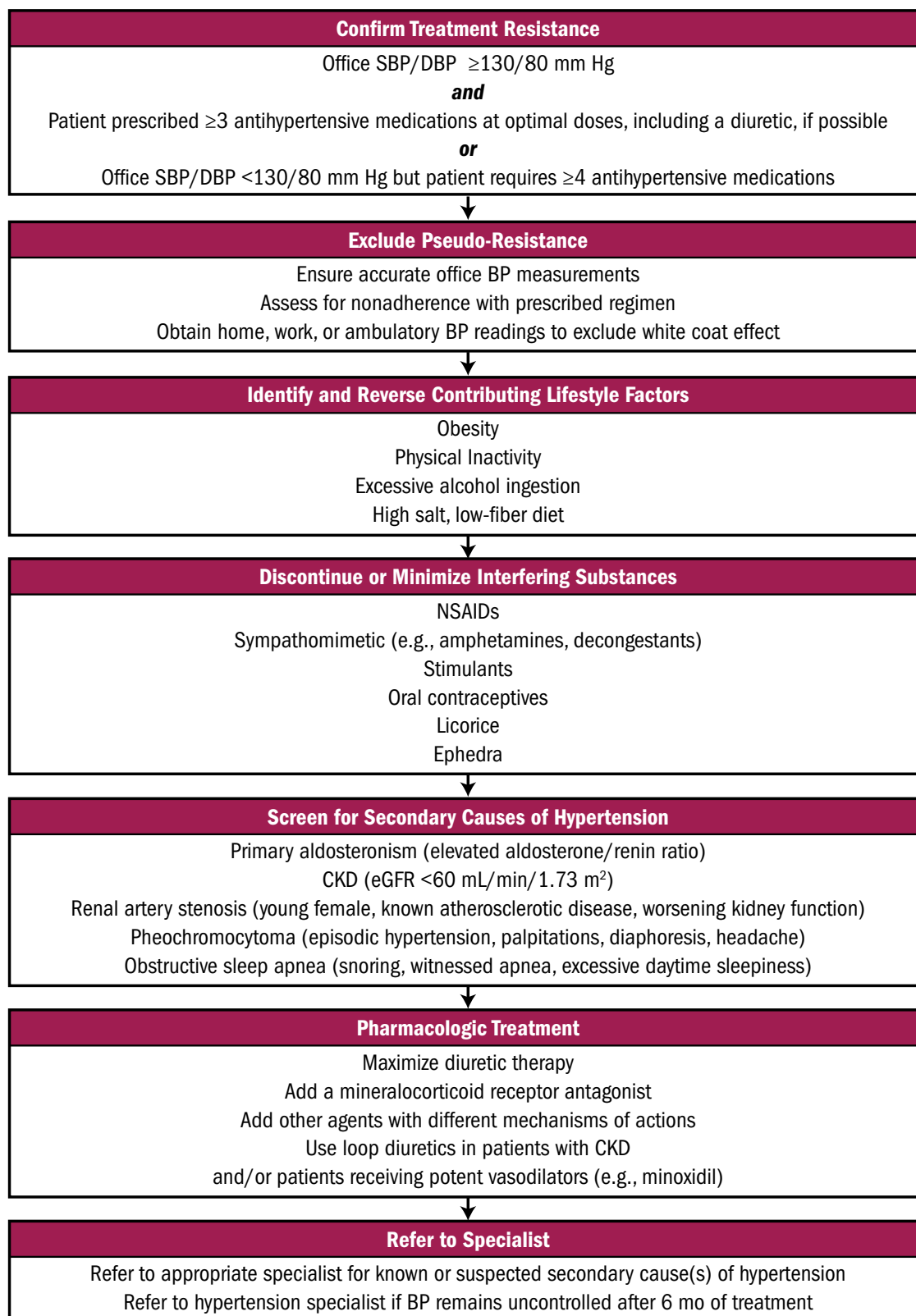


Figure 9

Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment

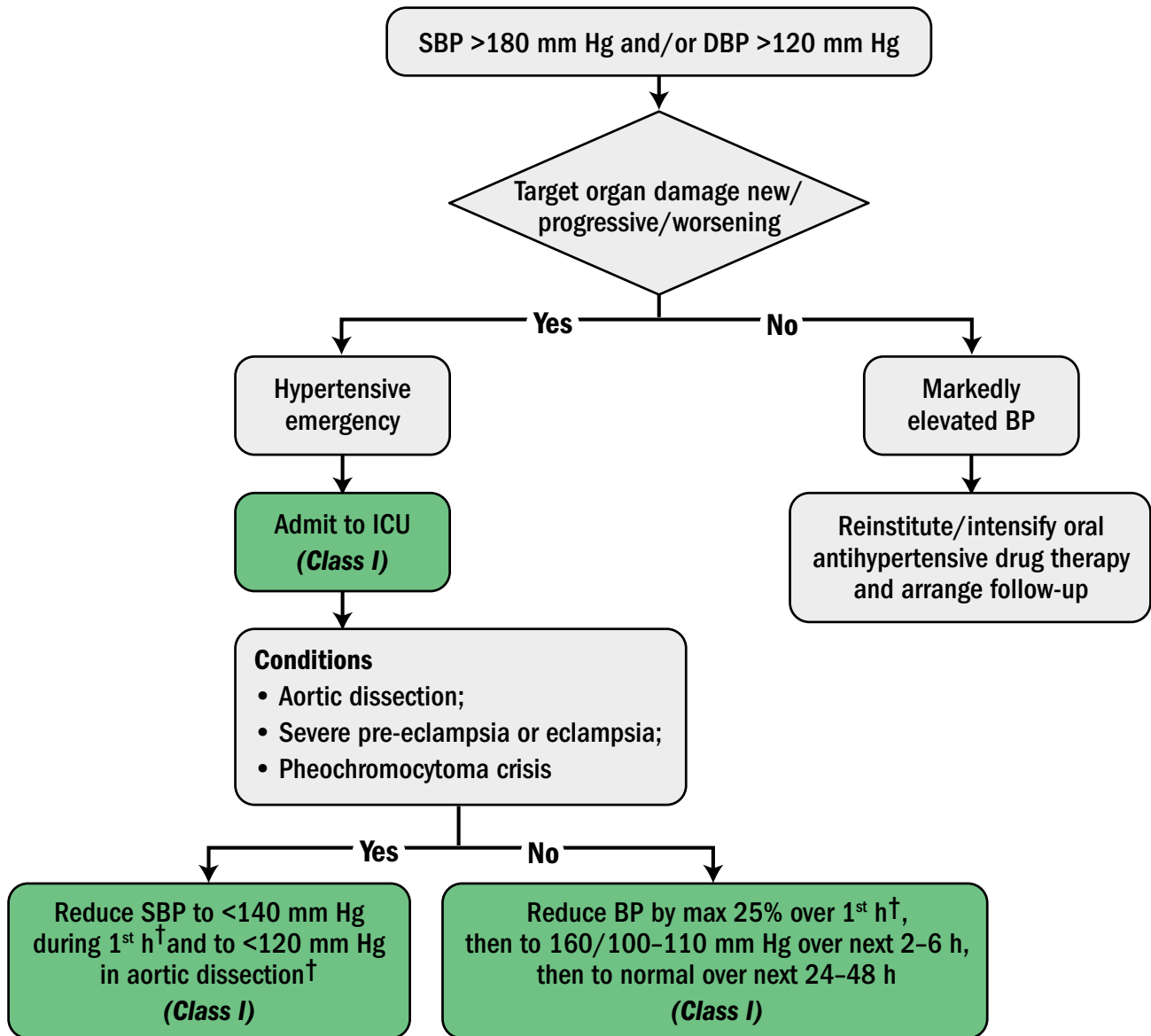


Adapted with permission from Calhoun DA, Jones D, Textor S, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2008; 51:1403-19

Figure 10



Diagnosis and Management of a Hypertensive Crisis



Use drug(s) specified in Table 19.

†If other comorbidities are present, select a drug specified in Table 20.

Figure 11

Intravenous Antihypertensive Drugs for Treatment of Hypertensive Emergencies (1 of 2)

Agent	Drugs	Usual Dose Range	Comments
CCB-dihydropyridines	Nicardipine	Initial 5 mg/h, increasing every 5 min by 2.5 mg/h to maximum 15 mg/h.	Contraindicated in advanced aortic stenosis; no dose adjustment needed for elderly.
	Clevidipine	Initial 1–2 mg/h, doubling every 90 s until BP approaches target, then increasing by < double every 5–10 min; maximum dose 32 mg/h; maximum duration 72 h.	Contraindicated in pts with soybean, soy product, egg, and egg product allergy and in pts with defective lipid metabolism (e.g., pathological hyperlipidemia, lipoid nephrosis or acute pancreatitis). Use low-end dose range for elderly pts.
Vasodilators-nitric oxide dependent	Sodium nitroprusside	Initial 0.3–0.5 mcg/kg/min; increase in increments of 0.5 mcg/kg/min to achieve BP target; maximum dose 10 mcg/kg/min; duration of treatment as short as possible. For infusion rates ≥ 4 –10 mcg/kg/min or duration >30 min, thiosulfate can be coadministered to prevent cyanide toxicity.	Intra-arterial BP monitoring recommended to prevent “overshoot”. Lower dosing adjustment required for elderly. Tachyphylaxis common with extended use. Cyanide toxicity with prolonged use can result in irreversible neurologic changes and cardiac arrest.
	Nitroglycerin	Initial 5 mcg/min; increase in increments of 5 mcg/min every 3–5 min to a maximum of 20 mcg/min.	Use only in pts with acute coronary syndrome and/or acute pulmonary edema. Do not use in volume-depleted pts.
Vasodilators-direct	Hydralazine	Initial 10 mg via slow IV infusion (maximum initial dose 20 mg); repeat every 4–6 h as needed.	BP begins to decrease within 10–30 min and the fall lasts 2–4 h. Unpredictability of response and prolonged duration of action do not make hydralazine a desirable first-line agent for acute treatment in most pts.
Adrenergic blockers beta1 receptor selective antagonist	Esmolol	Loading dose 500–1,000 mcg/kg/min over 1 min followed by a 50 mcg/kg/min infusion. For additional dosing, the bolus dose is repeated and the infusion increased in 50 mcg/kg/min increments as needed to a maximum of 200 mcg/kg/min.	Contraindicated in pts with concurrent beta-blocker therapy, bradycardia and/or decompensated HF. Monitor for bradycardia. May worsen HF. Higher doses may block beta2 receptors and impact lung function in reactive airway disease.

Table will be continued in the next page



Intravenous Antihypertensive Drugs for Treatment of Hypertensive Emergencies (2 of 2)

Agent	Drugs	Usual Dose Range	Comments
Adrenergic blockers-combined alpha1 and nonselective beta receptor antagonist	Labetalol	Initial 0.3–1.0 mg/kg dose (maximum 20 mg) slow IV injection every 10 min or 0.4–1.0 mg/kg/h IV infusion up to 3 mg/kg/h. Adjust rate up to total cumulative dose of 300 mg. This dose can be repeated every 4–6 h.	Contraindicated in reactive airways disease or chronic obstructive pulmonary disease. Especially useful in hyperadrenergic syndromes. May worsen HF and should not be given in pts with 2nd or 3rd degree heart block or bradycardia.
Adrenergic blockers-non-selective alpha receptor antagonist	Phentolamine	IV bolus dose 5 mg. Additional bolus doses every 10 min as needed to lower BP to target.	Used in hypertensive emergencies induced by catecholamine excess (pheochromocytoma, interactions between monamine oxidase inhibitors and other drugs or food, cocaine toxicity, amphetamine overdose or clonidine withdrawal).
Dopamine1-receptor selective agonist	Fenoldopam	Initial 0.1–0.3 mcg/kg/min; may be increased in increments of 0.05–0.1 mcg/kg/min every 15 min until target BP is reached. Maximum infusion rate 1.6 mcg/kg/min.	Contraindicated in pts at risk for increased intraocular pressure (glaucoma) or intracranial pressure and those with sulfite allergy.
Angiotensin converting enzyme inhibitor	Enalaprilat	Initial 1.25 mg over a 5 min period. Doses can be increased up to 5 mg every 6 h as needed to achieve BP target.	Contraindicated in pregnancy and should not be used in acute MI or bilateral renal artery stenosis. Mainly useful in hypertensive emergencies associated with high plasma renin activity. Dose not easily adjusted. Relatively slow onset of action (15 min) and unpredictability of BP response.

Table 19



Dyslipidemia ATP4

The American college of cardiology (ACC) and American Heart Association (AHA) in combination with National Heart, Lung and blood institute (NHLBI) have released 4 new guidelines. At the invitation of the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), The American Heart Association (AHA) and the American College of Cardiology (ACC) are officially assuming the joint governance, management and public distribution of five clinical practice guidelines focused on cardiovascular prevention, according to an editorial statement published in both the Journal of the American College of Cardiology and Circulation. The guidelines will provide recommendations on hyperlipidemia, hypertension, cardiovascular risk assessment, cardiovascular lifestyle interventions and obesity.

Dyslipidemia: A disorder of lipoprotein metabolism, including lipoprotein overproduction or deficiency. Dyslipidemias may be manifested by elevation of the total cholesterol, the "bad" low density lipoprotein (LDL) cholesterol and the triglyceride concentrations, and a decrease in the "good" high-density lipoprotein (HDL) cholesterol concentration in the blood.

First step: determine the goal for dyslipidemia treatment (primary prevention vs. secondary prevention)

Primary prevention for:

- 1- LDL-C \geq 190 mg/dl
- 2- Diabetes and aged 40-75 years with LDL-C between 70-189 mg/dl
- 3- No diabetes and estimated 10 year ASCVD risk of \geq 7.5 % who are between 40 to 75 years of age with LDL-C between 70-189 mg/dl

Secondary prevention for:

- 1- Patients with known coronary heart disease (CHD; including myocardial infarction, angina, and prior coronary revascularization)
- 2- other cardiovascular disease (CVD; including stroke, transient ischemic attack, and peripheral arterial disease)
- 3- combinations of risk factors that result in a 10-year risk of ASCVD events of more than 20 percent
- 4- Chronic kidney disease with estimated GFR $<$ 45ml/min/1.73m²
- 5- Risk equivalent for CV in diabetic patients:
Although some guidelines have considered all patients with diabetes mellitus (DM) to have a risk of CV events similar to patients with known CVD, this actually averages events across patients with widely differing risks of CHD. Issues that may affect risk with DM include patient age, sex, other CV risk factors, duration of DM, and whether the patient has type 1 or type 2 DM. Given this, it is preferable to calculate patient-specific risks rather than to simply consider all patients with DM to require treatment for secondary prevention, particularly in patients

who are under age 60 without multiple cardiovascular risk factors. A downloadable calculator for this purpose is available for patients with type 2 DM from the UK Prospective Diabetes Study (www.dtu.ox.ac.uk/riskengine)

If a patient-specific risk calculator cannot be accessed, we suggest considering the following patients with diabetes mellitus (DM) to have a similar risk those with known CV disease:

1. Men over age 40 with type 2 DM and any other CHD risk factor, or over age 50 with or without other CHD risk factors
2. Women over age 45 with type 2 DM and any other CHD risk factor, or over age 55 with or without other CHD risk factors
3. Men or women of any age who have had DM (type 1 or type 2) for more than 20 years if they have another risk factor or more than 25 years without another risk factor

Second step: Lifestyle modification for primary and secondary prevention

1- Weight loss FOR overweight patients

- A- Consume a dietary pattern that emphasizes intake of vegetables, fruits, and whole grains; includes low-fat dairy products, poultry, fish, legumes, non-tropical vegetable oils and nuts; and limits intake of sweets, sugar-sweetened beverages, and red meats.
- B- Aim for a dietary pattern that achieves 5-6% of calories from saturated fat.
- C- Reduce percent of calories from saturated fat.
- D- Reduce percent of calories from trans-fat.
- E- Diet recommendations for blood pressure lowering (Lower sodium intake, Consume no more than 2400 mg of sodium per day)

2- Aerobic exercise

1. Aerobic exercise

Frequency: 3-5 days/week

Intensity: 50-80% of exercise capacity

Duration: 20-60 minutes

Modalities: Examples include walking, treadmill, cycling, rowing and stair climbing

3- Smoking cessation

Intensities of Statin Therapy:

High-Intensity Statin

Daily dose lowers LDL-C, on average by approximately $\geq 50\%$:

Atorvastatin 40-80 mg

Rosuvastatin 20-(40) mg

Moderate-Intensity Statin

Daily dose lowers LDL-C, on average by approximately 30% to $< 50\%$:

Atorvastatin 10-(20) mg

Fluvastatin 40 mg bid

Fluvastatin XL 80 mg

Lovastatin 40 mg

Pitavastatin 2-4 mg

Pravastatin 40-(80) mg

Rosuvastatin (5)-10 mg

Simvastatin 20-40 mg

Low-Intensity Statin

Daily dose lowers LDL-C, on average by approximately $< 30\%$:

Fluvastatin 20-40 mg

Lovastatin 20 mg

Simvastatin 10 mg

Pitavastatin 1 mg

Pravastatin 10-20 mg

Third step: pharmacological treatment for primary prevention:

- When a pharmacologic agent is required for treatment in primary prevention, a statin is the preferred medication. If a statin is not tolerated or a particular LDL-C goal is not achieved on a statin alone, we suggest not administering or adding a nonstatin lipid-lowering medication.

- 1- Cardiovascular risk should be calculated by Pooled Cohort Equations CV risk calculator (ACC/AHA Calculator) which can be found on (http://tools.cardiosource.org/ASCVD-Risk-Estimator/#page_recommendation) to determine 10 year risk factor for CV events.

-10 year ASCVD risk: a quantitative estimation of absolute risk based upon data from representative population samples. Example: if 10 year ASCVD risk estimates is 10%, this indicates that among 100 patients with the entered risk factor profile, 10 would be expected to have a heart attack or stroke in the next 10 years.

The calculator includes the following parameters:

1. Gender (male/female)
2. Age
3. Race (white/African American /other)
4. HDL-cholesterol (mg/dl)
5. Total cholesterol (mg/dl)
6. Diabetes (yes/no)
7. Treatment of hypertension
8. Systolic blood pressure
9. Smoker (yes/no)

2. The American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) makes the following recommendations for:

-Adults ≥ 21 years of age with primary LDL-C ≥ 190 mg/dL should be treated with high-intensity statin therapy unless contraindicated. For individuals unable to tolerate high-intensity statin therapy, use the maximum tolerated statin intensity. (I B)

THEN

If these individuals with an untreated primary LDL-C ≥ 190 mg/dL, it is reasonable to intensify statin therapy to achieve at least a 50% LDL-C reduction. (IIa B)

THEN

If still untreated primary LDL-C ≥ 190 mg/dL, after the maximum intensity of statin therapy has been achieved, addition of a nonstatin drug may be considered to further lower LDL-C. (IIb C)

Following recommendations for:

1. adults ages 40 to 75
2. without known CVD
3. LDL-C between 70 mg/dL (1.81 mmol/L) and 189 mg/dL (4.90 mmol/L) :

-In those **without** diabetes:

-Treat those with an estimated 10-year CVD risk ≥ 7.5 percent with moderate- to high-intensity Statin therapy (1A)

-It is reasonable to offer treatment with moderate intensity statin therapy to those with an estimated 10-year CVD risk between 5.0 and 7.5 percent (11a B)

-In those **with** diabetes:

-Treat with at least moderate statin therapy (1A)

-High-intensity statin therapy is reasonable in those with an estimated 10-year CVD risk ≥ 7.5

-In adults with diabetes mellitus, who are < 40 or > 75 years of age, it is reasonable to evaluate the potential for ASCVD benefits and for adverse effects, for drug-drug interactions, and to

consider patient preferences when deciding to initiate, continue, or intensify statin therapy.
(IIa C)

-Additionally, for adults with an LDL-C ≥ 190 mg/dL [4.92 mmol/L] the ACC/AHA recommends treatment with high-intensity statin therapy and consideration of use of nonstatin drugs to further reduce the LDL-C.

Third step: pharmacological treatment for secondary prevention:

The following management:

- 1- Age ≤ 75 y and no safety concerns: High-intensity statin
- 2- Age >75 y or safety concerns: Moderate-intensity statin

- In patients with known CVD or at similar risk who can tolerate statin therapy, we suggest treatment with an intensive dose of a statin (e.g., atorvastatin 40 to 80 mg; rosuvastatin 20 to 40 mg) independent of the baseline LDL-C. Intensive statin therapy with atorvastatin 80 mg daily reduces mortality in patients with an acute coronary syndrome and is recommended as initial therap.

In usual risk patients with stable CVD:

- 1- If patients do not achieve at least a 50 percent reduction in LDL-C to an LDL-C below 100 mg/dL (2.6 mmol/L), we maximize statin therapy if tolerated.
- 2- If patients remain above the goals on maximal statin therapy, in most patients we add a second LDL lowering agent.
- 3- In patients who started with an LDL-C near goal and achieve an LDL-C below 70 mg/dL (1.8 mmol/L) but not a 50 percent reduction in LDL-C on maximal statin therapy, we would not add a second agent.

In patients at very high risk for CVD events such as those in the proposed **NCEP guidelines** (Established coronary heart disease **PLUS** Multiple major risk factors (especially diabetes) **OR** Severe and poorly controlled risk factors (especially continued smoking) **OR** Multiple risk factors of the metabolic syndrome (especially triglycerides ≥ 200 plus non-HDL-C ≥ 130 plus HDL-C < 40) **OR** Acute coronary syndrome) :

- 1- If patients do not achieve at least a 50 percent reduction in LDL-C to an LDL-C below 70 mg/dL (1.8 mmol/L), we maximize statin therapy if tolerated.
- 2- If patients remain above these goals on maximal statin therapy, we add a second LDL lowering agent.

The goal of LDL-C:

LDL-C less than 100 mg/dL (2.6 mmol/L). Even more aggressive target LDL-C goals of 70 to 80 mg/dL (1.8 to 2.1 mmol/L) may be appropriate in some patients.

NON-STATIN therapy:

Fibrates — the major effects of the fibrates are to lower plasma triglyceride and raise HDL-C levels. They are effective for the treatment of hypertriglyceridemia and combined hyperlipidemia with or without hypoalphalipoproteinemia. There is an increased risk of muscle toxicity in patients taking some fibrates and a statin.

Nicotinic acid — Nicotinic acid (niacin) is effective in improving lipid parameters in patients who have hypercholesterolemia or combined hyperlipidemia associated with normal and low levels of HDL-C (hypoalphalipoproteinemia). The HD raising properties of nicotinic acid occur with dosages as low as 1 to 1.5 g/day. In contrast, while modest VLDL-C and LDL-C lowering effects can occur at doses of 1.5 to 2.0 g/day, doses above this amount (3 g/day) often produce greater effects. The use of nicotinic acid is often limited by poor tolerability, and there are concerns about the safety of nicotinic acid as well as its efficacy for clinical endpoints.

Ezetimibe — modestly lowers the LDL-C when used alone and may be helpful for avoiding high doses of statins (and potentially increased susceptibility to muscle injury) in patients who do not meet cholesterol goals on statin therapy alone. However, the clinical benefits of either ezetimibe monotherapy or combining ezetimibe with statin therapy remain to be proven.

Bile acid sequestrants — Bile acid sequestrants are effective in patients with mild to moderate elevations of LDL-C. Low doses (8 g/day of cholestyramine or 10 g/day of colestipol) can reduce LDL-C by 10 to 15 percent. A more pronounced reduction can be achieved at maximal recommended doses (24 and 30 g/day, respectively). A similar reduction in LDL cholesterol can be achieved with 1.5 to 4.5 g/day of colesevelam. Bile acid sequestrants are also effective when used in combination with a statin or nicotinic acid in patients with markedly elevated plasma levels of LDL-C. The use of a bile acid sequestrant is often limited by side effects.

Statin Safety Recommendations

Characteristics predisposing individuals to statin adverse effects include, but are not limited to:

1. Multiple or serious comorbidities, including impaired renal or hepatic function.

2. History of previous statin intolerance or muscle disorders.

It is reasonable to evaluate and treat muscle symptoms, including pain, tenderness, stiffness, cramping, weakness, or fatigue, in statin-treated patients according to the following management algorithm: (IIa B)

1. If unexplained severe muscle symptoms or fatigue develop during statin therapy, promptly discontinue the statin and address the possibility of rhabdomyolysis by evaluating CK, creatinine, and a urinalysis for myoglobinuria.
2. If mild to moderate muscle symptoms develop during statin therapy:

- A- Discontinue the statin until the symptoms can be evaluated.
- B- Evaluate the patient for other conditions that might increase the risk for muscle symptoms (e.g., hypothyroidism, reduced renal or hepatic function, rheumatologic disorders such as polymyalgia rheumatica, steroid myopathy, vitamin D deficiency, or primary muscle diseases).
- C- If muscle symptoms resolve, and if no contraindication exists, give the patient the original or a lower dose of the same statin to establish a causal relationship between the muscle symptoms and statin therapy.
- D- Once a low dose of a statin is tolerated, gradually increase the dose as tolerated.
- E- If, after 2 months without statin treatment, muscle symptoms or elevated CK levels do not resolve completely, consider other causes of muscle symptoms listed above.
- F- If persistent muscle symptoms are determined to arise from a condition unrelated to statin therapy, or if the predisposing condition has been treated, resume statin therapy at the original dose.

3. Unexplained ALT elevations >3 times ULN.

- 1. Baseline measurement of hepatic transaminase levels (ALT) should be performed before initiating statin therapy. (I B)
- 2. During statin therapy, it is reasonable to measure hepatic function if symptoms suggesting hepatotoxicity arise (e.g., unusual fatigue or weakness, loss of appetite, abdominal pain, dark colored urine or yellowing of the skin or sclera). (IIa C)

4. Patient characteristics or concomitant use of drugs affecting statin metabolism.

5. >75 years of age

- For individuals taking any dose of statins, it is reasonable to use caution in individuals >75 years of age, as well as in individuals that are taking concomitant medications that alter drug metabolism, taking multiple drugs, or taking drugs for conditions that require complex medication regimens (e.g., those who have undergone solid organ transplantation or are receiving treatment for HIV). A review of the manufacturer's prescribing information may be useful before initiating any cholesterol-lowering drug. (IIa C)

Heart-healthy lifestyle habits are the foundation of ASCVD prevention
(See 2013 AHA/ACC Lifestyle Management Guideline)

Age ≥ 21 y and a candidate for statin therapy

Definitions of High- and Moderate-Intensity Statin Therapy*

Moderate Daily dose lowers LDL-C by approx. 30% to $<50\%$	High Daily dose lowers LDL-C by approx. $\geq 50\%$
--	---

Clinical ASCVD

Yes

Age ≤ 75 y
High-intensity statin
(Moderate-intensity statin if not candidate for high-intensity statin)

Yes

Age >75 y **OR** if not candidate for high-intensity statin
Moderate-intensity statin

No

LDL-C ≥ 190 mg/dL

Yes

High-intensity statin
(Moderate-intensity statin if not candidate for high-intensity statin)

No

Diabetes
Type 1 or 2
Age 40-75 y

Yes

Moderate-intensity statin

Yes

Estimated 10-y ASCVD risk $\geq 7.5\%$ [†]
High-intensity statin

No

DM age <40 or >75 y

Primary prevention
(No diabetes, LDL-C 70-189 mg/dL, and not receiving statin therapy)
Estimate 10-y ASCVD risk every 4-6 years
Pooled Cohort Equations[†]

$<5\%$ 10-y ASCVD risk[‡]

Age <40 or >75 y and LDL-C <190 mg/dL[‡]

$\geq 7.5\%$ 10-y ASCVD risk
(Moderate- or high-intensity statin)

5% to $<7.5\%$ 10-y ASCVD risk
(Moderate-intensity statin)

In selected individuals, additional factors may be considered to inform treatment decision making[§]

Clinician-Patient Discussion
Prior to initiating statin therapy, it is important to discuss:

1. Potential for ASCVD risk-reduction benefits ||
2. Potential for adverse effects and drug-drug interactions*||
3. Heart-healthy lifestyle
4. Management of other risk factors
5. Patient preferences
6. If decision is unclear, consider primary LDL-C ≥ 160 mg/dL, family history of premature ASCVD, lifetime ASCVD risk, abnormal CAC score or ABI, or hs-CRP ≥ 2 mg/L[§]

No to statin

Yes to statin

Emphasize adherence to lifestyle
Manage other risk factors
Monitor adherence

Encourage adherence to lifestyle
Initiate statin at appropriate intensity
Manage other risk factors
Monitor adherence*

Regularly monitor adherence to lifestyle and drug therapy with lipid and safety assessments

References:

1. Up-to-date

Robert S Rosenson. Jul 25, 2014. Treatment of lipids (including hypercholesterolemia)

<http://www.uptodate.com.lib.just.edu.iq/contents/definition-and-screening-for-dyslipidemia-in-children?source=preview&search=%2Fcontents%2Fsearch&anchor=H896751#H896751>

2. http://tools.cardiosource.org/ASCVD-Risk-Estimator/#page_statin_dose

2/11/2014

PREPAED BY: PHARM.Ds :

- 1- Mahmoud Danial
- 2- Esraa Rababah
- 3- Samar Sbeihi

Reviewed By :

Pharm.D Neda Rwash



سازمان بهداشت و درمان سلامت

فرم طرح سلامت دهان و دندان (شماره ۶)

نام مرکز بهداشتی درمانی:

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی: بازنشسته شاغل محل کار

جنس: مذکر مؤنث تاریخ تولد: کد نسبت:

چارت دندانی

۵۵ ۵۴ ۵۳ ۵۲ ۵۱ ۶۱ ۶۲ ۶۳ ۶۴ ۶۵

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۱۸ ۱۷ ۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۲۱ ۲۲ ۲۳ ۲۴ ۲۵ ۲۶ ۲۷ ۲۸

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۴۸ ۴۷ ۴۶ ۴۵ ۴۴ ۴۳ ۴۲ ۴۱ ۳۱ ۳۲ ۳۳ ۳۴ ۳۵ ۳۶ ۳۷ ۳۸

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۸۵ ۸۴ ۸۳ ۸۲ ۸۱ ۷۱ ۷۲ ۷۳ ۷۴ ۷۵

وضعیت سالم پوسیده ترمیم شده یا پوسیدگی ترمیم شده بدون پوسیدگی فقدان دندان پایه بریج یا روکش
شیری A B C D E G
دائمی ۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۷

اقدامات دندانپزشکی

نوع اقدام	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده
آموزش								
بروساز هر دوفک								
فلورایدتراپی دوفک								
جرمگیری کامل دوفک								
فیشر سیلانت دندان								

سابقه بیماری قلبی ربوی دیابت خونی هپاتیت کلیوی تیروئید فشار خون آلرژی

وضعیت پریدنتال	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ
سالم								
وجود جرم								
ژنژیویت								
پریدنتیت								

DMFT.....CPITN.....

نیازهای درمانی:

تاریخ	ترمیمی	درمان ریشه	جراحی فک	درمان های پریدنتال	ارتودنسی	اطفال	پروتزهای دندانی	مشاوره پزشکی

مهر و امضاء دندانپزشک

روش اجرایی ارزیابی رضایت مراجعین از تیم سلامت :

۱. تامین رضایت مراجعین در مراکز سلامت خانواده شامل ارزیابی از تمامی اعضای تیم سلامت و فضای مرکز می باشد
۲. با توجه به تاثیر نتایج رضایت مراجعین از پزشکان خانواده در کارانه این گروه از اعضای تیم سلامت ، این امر در سال ۹۷ توسط ستاد سازمان انجام می پذیرد
۳. فرم ها در جلسه کمیته سلامت منطقه ، با حضور همکاران روابط عمومی مطرح و برای اجرا برنامه ریزی گردد
۴. همراهی افراد شاغل در روابط عمومی در مسیر اجرا الزامی است
۵. موضوعات مطرح شده در فرم سنجش رضایت ، در جلسه ای به اطلاع اعضای تیم سلامت رسانیده شود
۶. در هر مرکز بایستی حداقل در دو نوبت این ارزیابی صورت گیرد.
۷. مسئولیت حسن انجام کار بر عهده رئیس تیم سلامت خانواده منطقه می باشد
۸. فرم ها به تعداد ۱۰۰ عدد به ازای هر موضوع در هر نوبت از ارزیابی بایستی تکثیر گردد
۹. رئیس سلامت خانواده موظف است که بصورت راندوم این فرم ها در اختیار مراجعین مراکز قرار دهد لذا لازم است نحوه نمونه گیری راندوم ، تکمیل فرم در منطقه تدوین و به ستاد سلامت اعلام گردد
۱۰. رئیس سلامت خانواده موظف است نتایج ارزیابی و اقدامات مناسب برای اصلاح موارد مورد انتقاد را مشخص و طی نامه رسمی به رئیس منطقه و ستاد سازمان اعلام نماید.



پرسشنامه ارزیابی میزان رضایت از پزشکان مراکز سلامت خانواده

نام منطقه بهداشتی و درمانی :

نام مرکز سلامت خانواده:

بخاطر پاسخ دادن به این سوالات از شما متشکریم . این پرسشنامه برای ارزیابی میزان رضایت شما از پزشک (خانواده ، عمومی) این مرکز طراحی شده است و در نظر داریم بر اساس آنچه شما برای ما بیان میدارید برای افزایش رضایتمندی شما برنامه ریزی نماییم

نام و نام خانوادگی:	زمان مراجعه: صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/>	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>
نسبت با سرپرست:	سرپرست <input type="radio"/> همسر <input type="radio"/> فرزند <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>	
تحصیلات:	زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس و فوق لیسانس <input type="radio"/> دکترا <input type="radio"/>	

ردیف	سوال	پاسخ	
۱	آیا پزشک خانواده خود را می شناسید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۲	آیا نحوه پاسخگوئی و توضیحات پزشک خانواده در مورد بیماری و داروهای تجویز شده رضایتمند است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۳	آیا طرز برخورد و نحوه بیان توضیحات پزشک خانواده مورد رضایت است ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۴	آیا پزشک خانواده وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نماید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۵	آیا دقت پزشک خانواده در انجام معاینات و ارزیابی بیماری شما مطلوب می باشد؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۶	آیا از نتایج درمانی بدست آمده راضی هستید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۷	آیا از نحوه انجام معاینه دوره ای توسط پزشک خانواده و پیگیری بعدی وی رضایت دارد ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۸	چنانچه پیشنهاد و یا موارد دیگری در نظر دارید لطفا ذکر نمایید		

با سپاس

واحد سلامت خانواده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

پرسشنامه ارزیابی میزان رضایت از کارشناسان پرستاری مراکز سلامت خانواده

نام مرکز سلامت خانواده:

نام منطقه بهداشتی و درمانی:

بخاطر پاسخ دادن به این سوالات از شما متشکریم . این پرسشنامه برای ارزیابی میزان رضایت شما از کارشناسان سلامت این مرکز طراحی شده است و در نظر داریم بر اساس آنچه شما برای ما بیان میدارید برای افزایش رضایتمندی شما برنامه ریزی نماییم

نام و نام خانوادگی:	زمان مراجعه: صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/>	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>
نسبت با سرپرست:	سرپرست <input type="radio"/> همسر <input type="radio"/> فرزند <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>	
تحصیلات:	زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس و فوق لیسانس <input type="radio"/> دکترا <input type="radio"/>	

ردیف	سوال	پاسخ	
۱	آیا پرستار خانواده خود را می شناسید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> پرستار خانواده ندارم <input type="radio"/>
۲	آیا نحوه پاسخگویی و توضیحات پرستار خانواده در مورد تکمیل پرسشنامه های سلامت ، تکمیل پرونده و یا فرم و معاینه شما مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> این خدمت را دریافت نکردم <input type="radio"/>
۳	آیا طرز برخورد و نحوه بیان توضیحات پرستار خانواده مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> نظری ندارم <input type="radio"/>
۴	آیا پرستار خانواده وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نماید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> نظری ندارم <input type="radio"/>
۵	آیا نحوه ارائه آموزش های لازم توسط پرستار شما مطلوب می باشد؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> آموزش دریافت نکردم <input type="radio"/>
۶	آیا از نحوه تماس و پیگیری پرستار خانواده رضایت دارد؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> این خدمت را دریافت نکردم <input type="radio"/>
۷	آیا از نحوه ارائه خدمات پرستاری (تزریقات، پانسمان، سرم و ...) و توضیحات پرستار در باره عوارض احتمالی انجام این خدمت راضی هستید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/> این خدمت را دریافت نکردم <input type="radio"/>
۸	چنانچه پیشنهاد یا موارد دیگری در نظر دارید لطفا ذکر نمایید		

با سپاس

واحد سلامت خانواده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت



پرسشنامه ارزیابی میزان رضایت از کارشناسان بهداشت خانواده و ماما مراکز سلامت خانواده

نام منطقه بهداشتی و درمانی :

نام مرکز سلامت خانواده:

بخاطر پاسخ دادن به این سوالات از شما متشکریم . این پرسشنامه برای ارزیابی میزان رضایت شما از کارشناسان سلامت این مرکز طراحی شده است و در نظر داریم بر اساس آنچه شما برای ما بیان میدارید برای افزایش رضایتمندی شما برنامه ریزی نماییم

نام و نام خانوادگی:	زمان مراجعه: صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/>	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>
نسبت با سرپرست: سرپرست <input type="radio"/> همسر <input type="radio"/> فرزند <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>		
تحصیلات: زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس و فوق لیسانس <input type="radio"/> دکترا <input type="radio"/>		

ردیف	سوال	پاسخ	
۱	آیا کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) خود را می شناسید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۲	آیا نحوه پاسخگویی و توضیحات بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) در مورد تکمیل پرسشنامه های سلامت ، تکمیل پرونده و یا فرم و معاینه شما مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۳	آیا طرز برخورد و نحوه بیان توضیحات بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) مورد رضایت است ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۴	آیا کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نماید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۵	آیا نحوه ارائه آموزش های لازم توسط کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) شما مطلوب می باشد؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۶	آیا از نحوه تماس و پیگیری کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) رضایت دارید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۷	آیا از نحوه ارائه خدمات مامایی و پایش رشد (تزریق واکسن، پاپ اسمیرم و ...) و توضیحات آنان در باره عوارض احتمالی و مراقبت های مورد نیاز این خدمت راضی هستید ؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۸	چنانچه پیشنهاد و یا موارد دیگری در نظر دارید لطفا ذکر نمایید		

با سپاس

واحد سلامت خانواده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت



پرسشنامه ارزیابی میزان رضایت از کارکنان واحد پذیرش مراکز سلامت خانواده

نام منطقه بهداشتی و درمانی :

نام مرکز سلامت خانواده:

بخاطر پاسخ دادن به این سوالات از شما متشکریم . این پرسشنامه برای ارزیابی میزان رضایت شما از کارکنان پذیرش این مرکز طراحی شده است و در نظر داریم بر اساس آنچه شما برای ما بیان میدارید برای افزایش رضایتمندی شما برنامه ریزی نماییم

نام و نام خانوادگی:	زمان مراجعه: صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/>	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>
نسبت با سرپرست: سرپرست <input type="radio"/> همسر <input type="radio"/> فرزند <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>		
تحصیلات: زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس و فوق لیسانس <input type="radio"/> دکترا <input type="radio"/>		

ردیف	سوال	پاسخ	
۱	آیا نحوه پاسخگویی و بیان کارکنان پذیرش در تحویل و تکمیل پرونده مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۲	آیا نحوه راهنمایی و پاسخگویی کارکنان پذیرش در مورد زمان حضور پزشک و کلینیک های تخصص مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۳	آیا نحوه نوبت دهی و ارائه اطلاعات توسط پذیرش مرکز مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۴	آیا طرز برخورد و نحوه بیان کارکنان پذیرش مورد رضایت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۵	آیا کارکنان پذیرش وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نمایند؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۶	چنانچه پیشنهاد و یا موارد دیگری در نظر دارید لطفا ذکر نمایید		

با سپاس

واحد سلامت خانواده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت



پرسشنامه ارزیابی میزان رضایت از دسترسی به مراکز سلامت خانواده

نام مرکز سلامت خانواده:

نام منطقه بهداشتی و درمانی:

بخاطر پاسخ دادن به این سوالات از شما متشکریم. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان رضایت شما از این مرکز طراحی شده است و در نظر داریم بر اساس آنچه شما برای ما بیان میدارید برای افزایش رضایتمندی شما برنامه ریزی نماییم

نام و نام خانوادگی:	زمان مراجعه: صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/>	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>
نسبت با سرپرست: سرپرست <input type="radio"/> همسر <input type="radio"/> فرزند <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>		
تحصیلات: زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس و فوق لیسانس <input type="radio"/> دکترا <input type="radio"/>		

ردیف	سوال	پاسخ		
۱	آیا در مدت زمان مناسب (۳۰ دقیقه) می توانید به این مرکز مراجعه کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	پرونده ندارم <input type="radio"/>
۲	آیا به هنگام نیاز پزشکی اولین انتخاب شما این مرکز است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۳	آیا تابلوی راهنما برای مراجعه به واحدهای مختلف در مرکز نصب شده است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۴	آیا فضا و تجهیزات این مرکز رضایت شما را تأمین می کند؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۵	آیا در این مرکز اصول بهداشتی رعایت می شود؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۶	آیا برای انجام آزمایشات این مرکز را انتخاب می کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	در این مرکز موجود نیست <input type="radio"/>
۷	آیا ترجیح می دهید از خدمات دندانپزشکی این مرکز استفاده کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	در این مرکز موجود نیست <input type="radio"/>
۸	آیا هنگام بروز مشکل ترجیح می دهید به پزشک خانواده خود مراجعه کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۹	آیا هنگام نیاز ترجیح می دهید به پرستار خانواده این مرکز مراجعه کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۱۰	آیا هنگام بروز مشکل ترجیح می دهید به کارشناس بهداشت خانواده این مرکز مراجعه کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۱۱	آیا هنگام نیاز به واحد پایش رشد این مرکز مراجعه می کنید؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	نظری ندارم <input type="radio"/>
۱۲	آیا دسترسی به واحدهای مختلف این مرکز مانند پرستاری - مامایی - داروخانه - آزمایشگاه راحت است؟	بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	در این مرکز موجود نیست <input type="radio"/>
۱۳	چنانچه پیشنهاد و یا موارد دیگری در نظر دارید لطفاً ذکر نمایید			

با سپاس

واحد سلامت خانواده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت