



نشریه شماره: ۳۶۹



فلوجارت و پرستشنامه های

اقدامات راهبردی سلامت خانواده در سال ۱۳۹۸

(پزشکی، پرستار و بهداشت خانواده) (سلامت روان - تغذیه سالم) (سلامت دهان و دندان)

دکتر امیر یونگ دقایقی

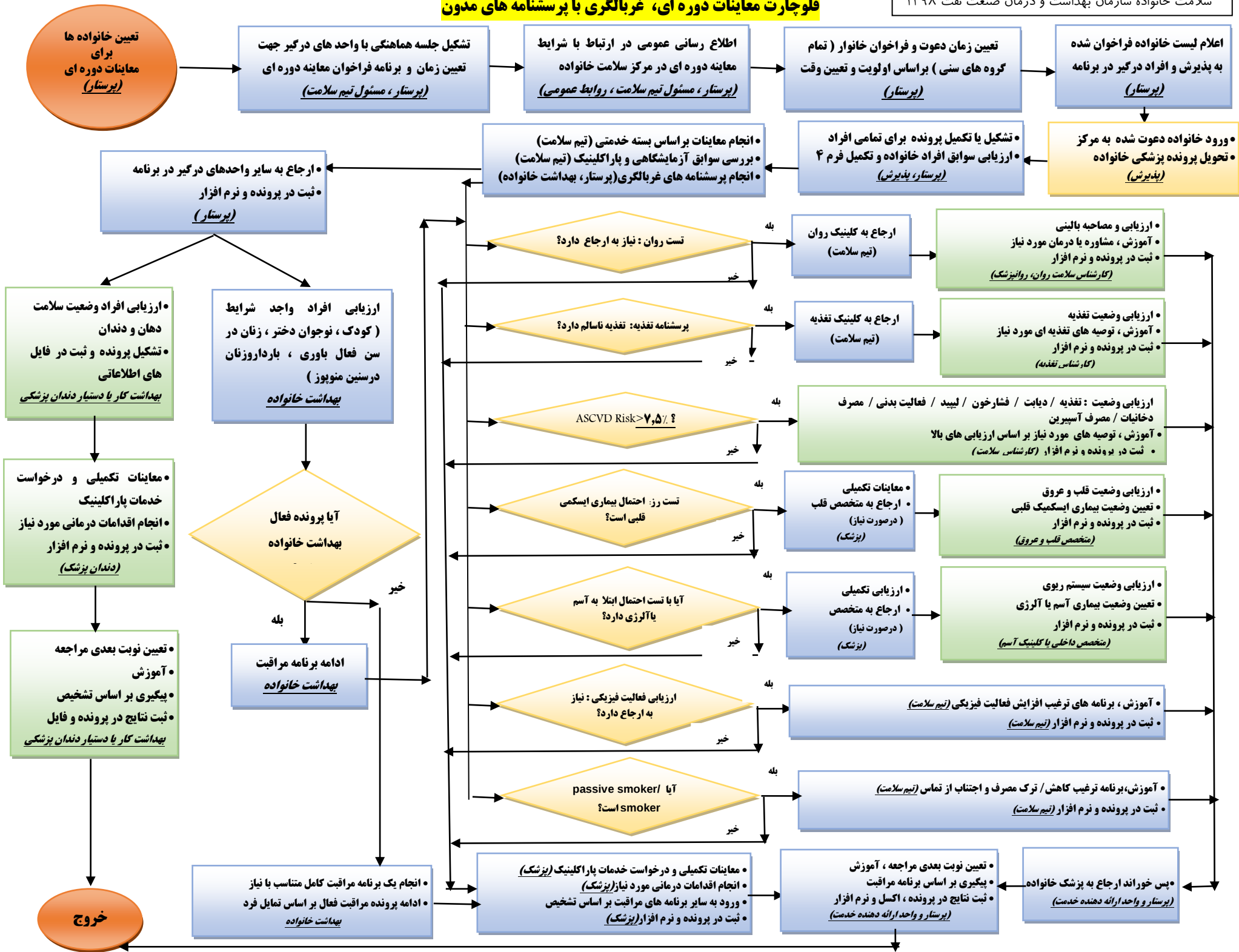
دکتر طاهره جعفری

جناب آقای شمس عیدیان

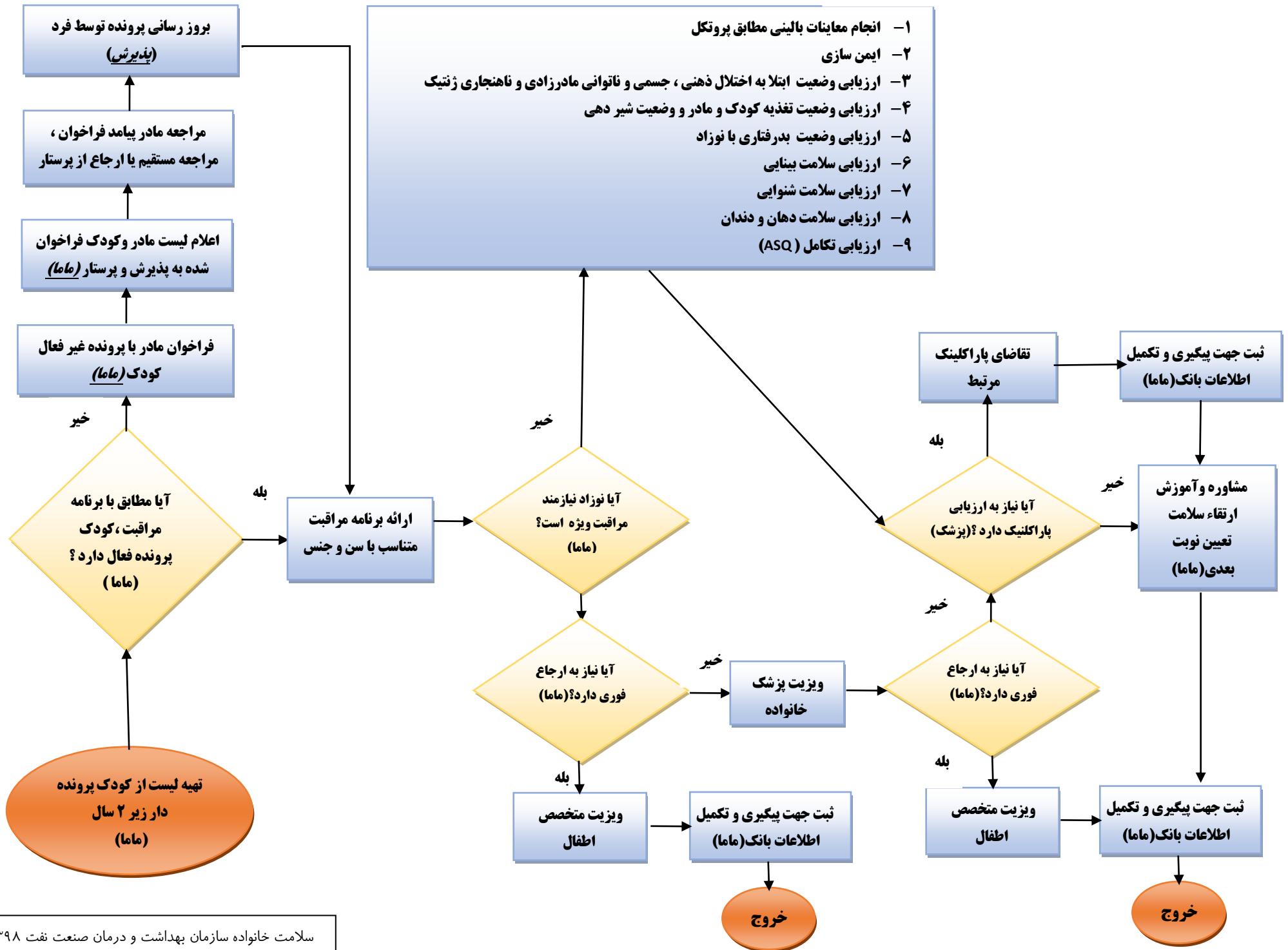
سرکار خانم شیدا سجادی

سرکار خانم اکرم کارمقدم

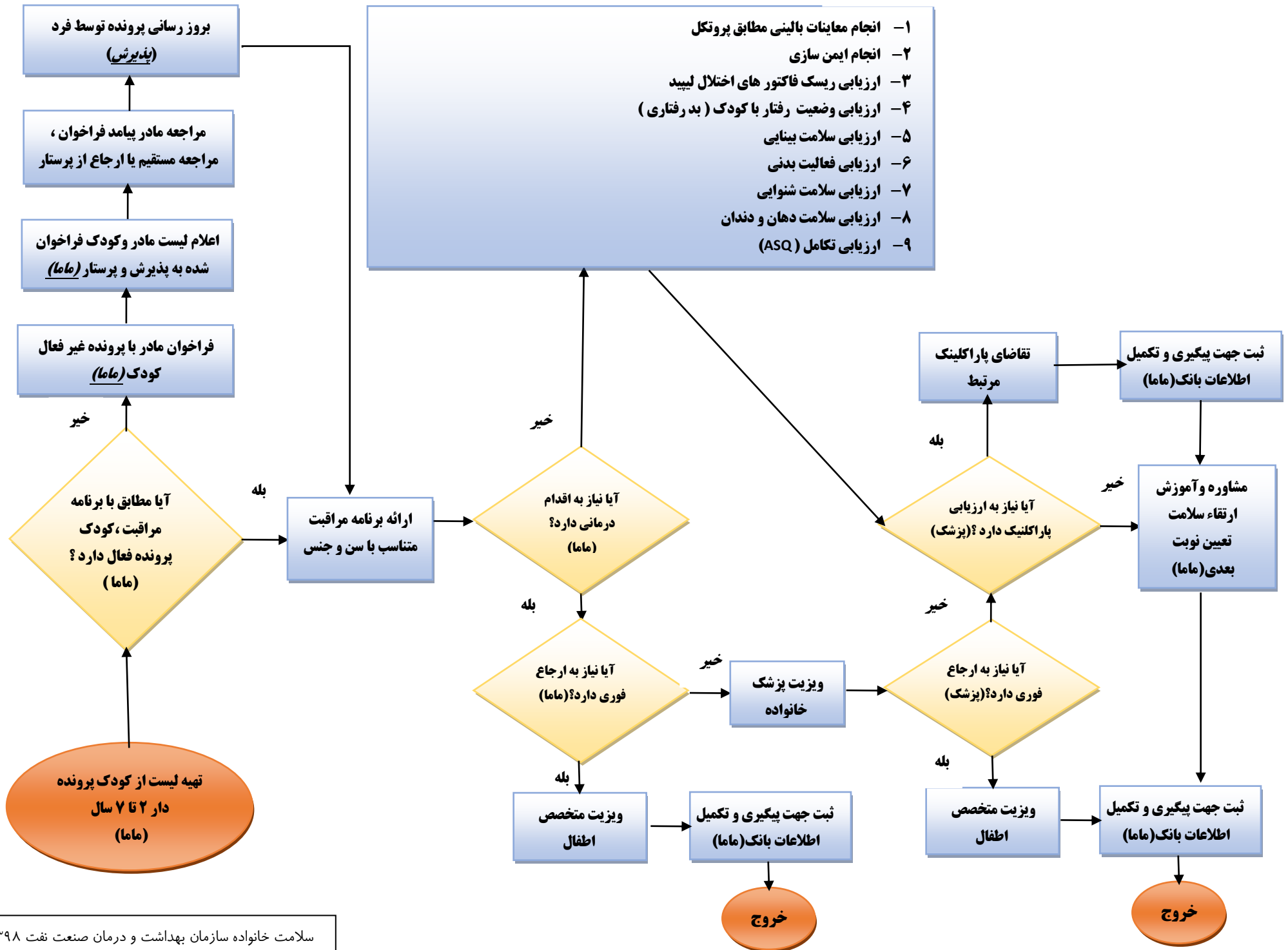
فلوجارت معاینات دوره ای، غربالگری با پرسشنامه های مدون

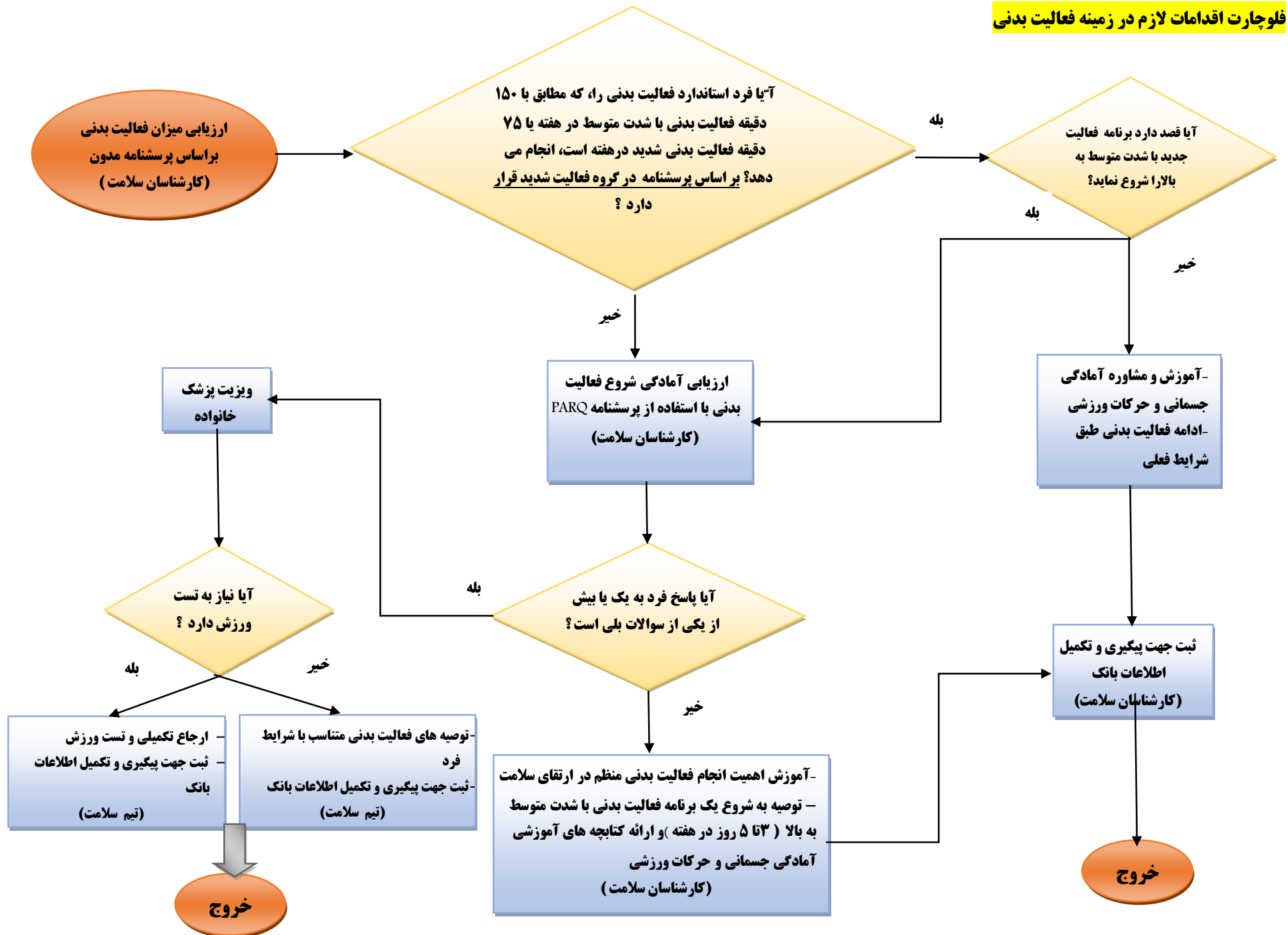


فلوچارت مراقبت های بهداشت خانواده (کودک سالم زیر ۲ سال)

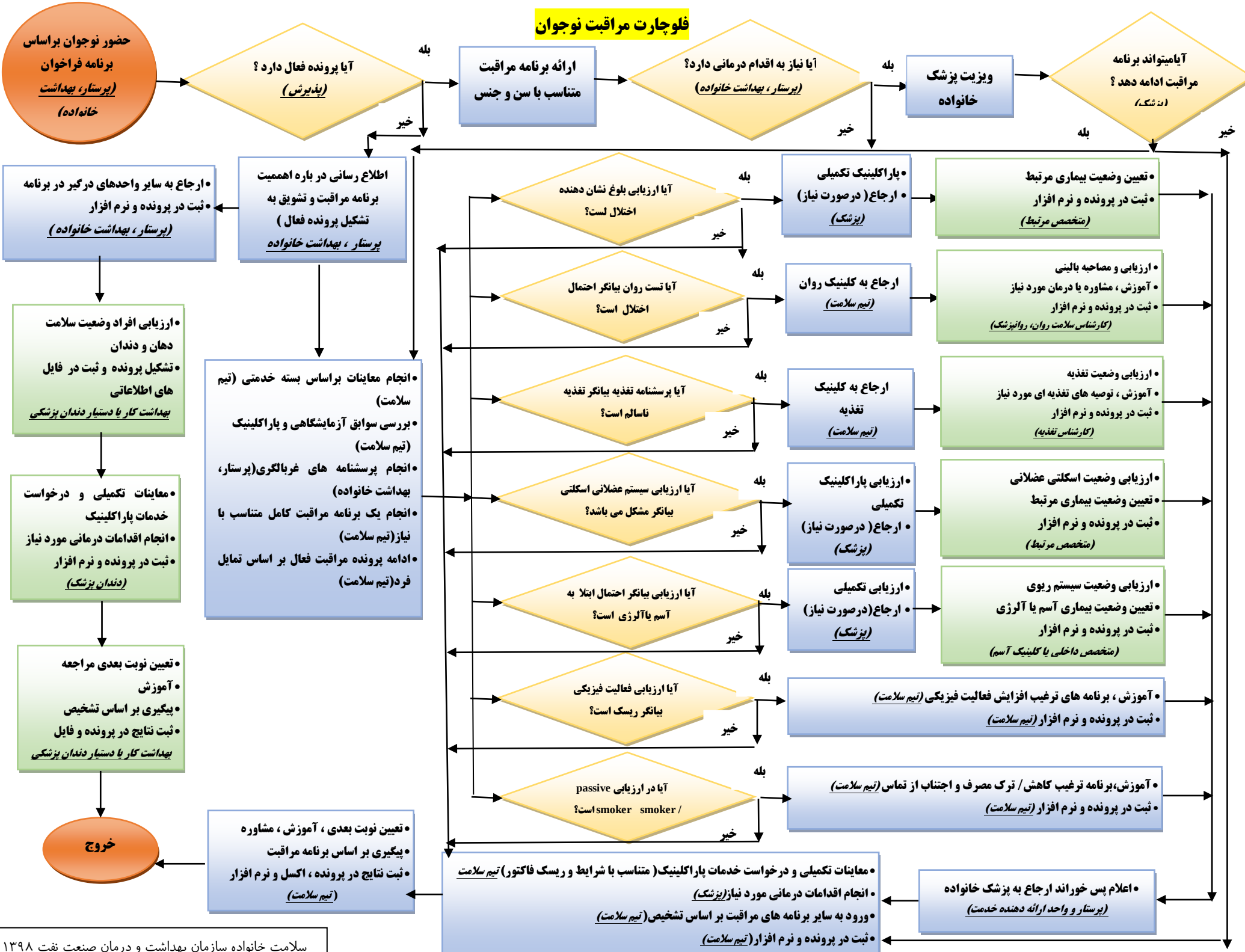


فلوچارت مراقبت های بهداشت خانواده (کودک سالم ۲ تا ۷ سال)



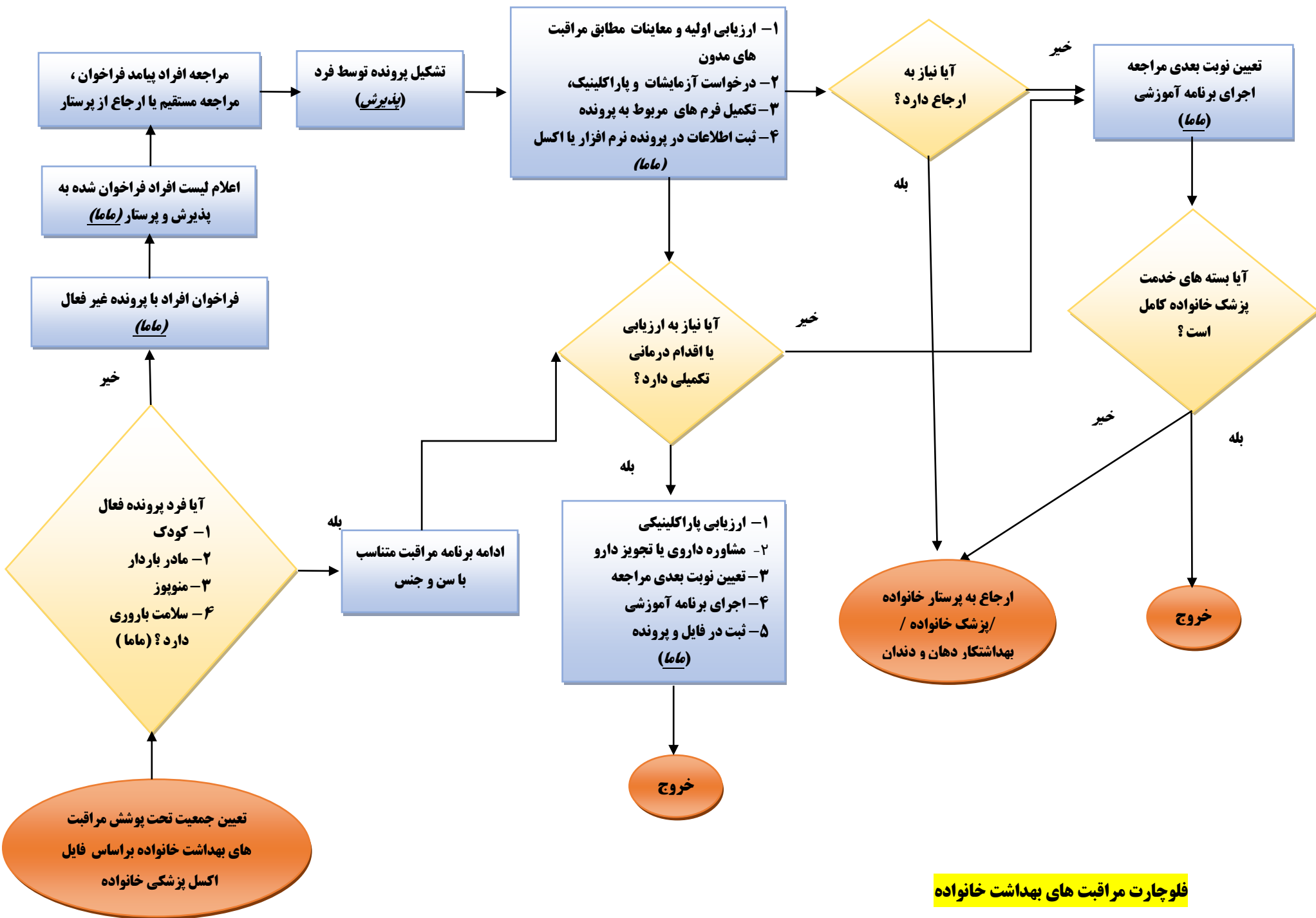


فلوچارت مراقبت نوجوان

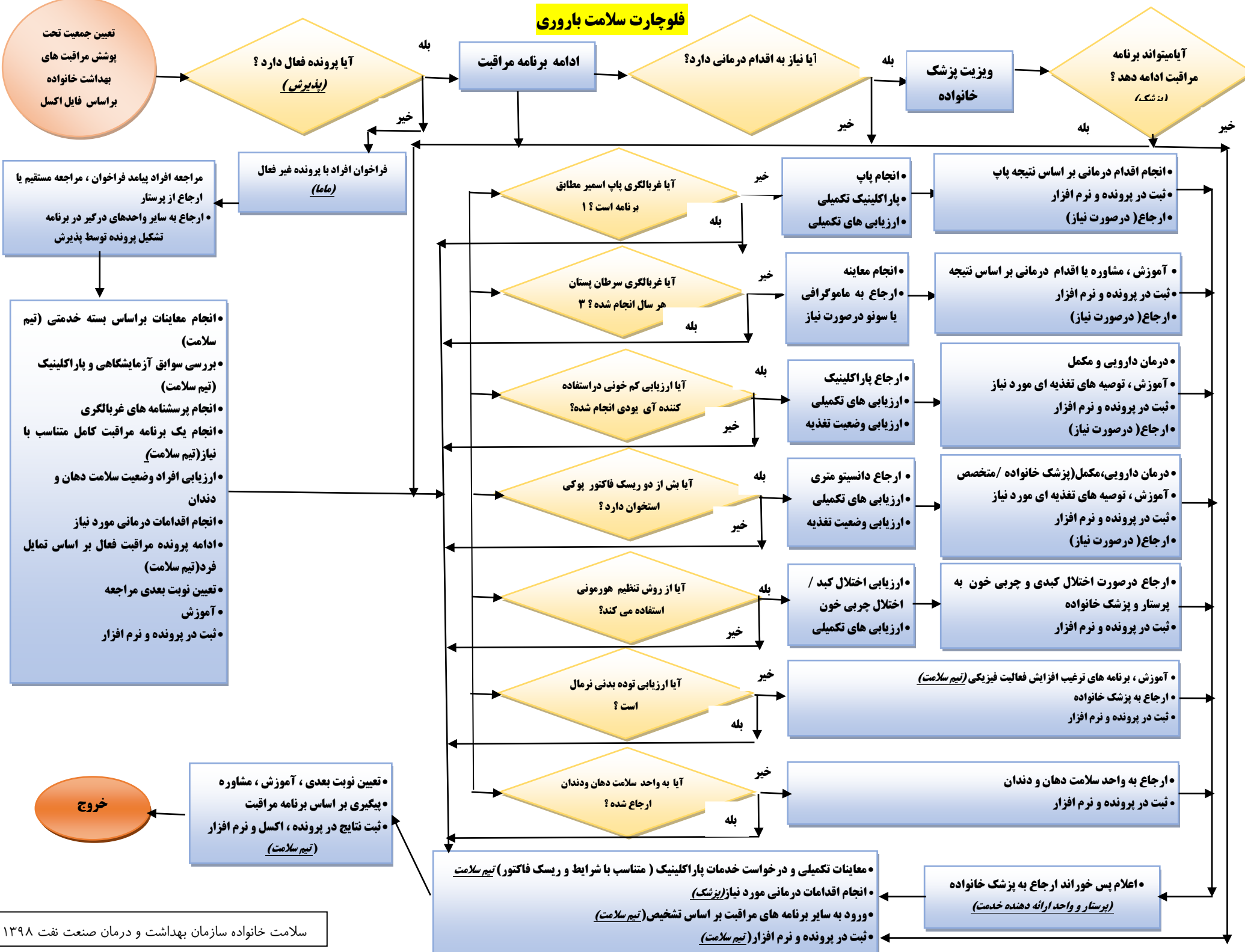


توضیحات :

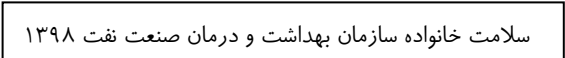
- ۱- معاینات بینایی سنجی هر سال بررسی شود.
- ۲- معاینات شنوایی سنجی هر دو سال بررسی شود.
- ۳- معاینه تیروئید هر سال انجام شود. در صورت احتمال اختلال کارکرد تیروئید آزمایش در خواست شود در غیر این صورت از انجام آزمایشات غیر ضروری خودداری نمایید.
- ۴- ارزیابی علایم کم خونی هر سال انجام شود . در صورت احتمال کم خونی آزمایش در خواست شود در غیر این صورت از انجام آزمایشات غیر ضروری خودداری نمایید.
- ۵- ارزیابی فشار خون هر سال بررسی شود.
- ۶- ارزیابی ریسک فاکتور دیابت هر سال بررسی شود.
- ۷- معاینه عضلانی اسکلتی هر سال انجام شود.
- ۸- ارزیابی سلامت دستگاه ادراری، تناسلی هر سال انجام شود.
- ۹- علایم بلوغ هر سال ارزیابی شود.
- ۱۰- قد، وزن و توده بدنی هر سال اندازه گیری شود.
- ۱۱- سلامت روان هر سال بررسی شود.
- ۱۲- فعالیت بدنی، تغذیه، مصرف دخانیات، معاینات دهان و دندان و علایم آسم و آلرژی هر سال بررسی شود.
- ۱۳- سوابق خانوادگی ابتلاء به بیماریهای مزمن غیر واگیر، سرطان ها و ابتلاء به بیماریهای روان در خانواده هر سال بررسی شود.
- ۱۴- آموزش رفتارهای پر خطر هر سال تکرار شود.

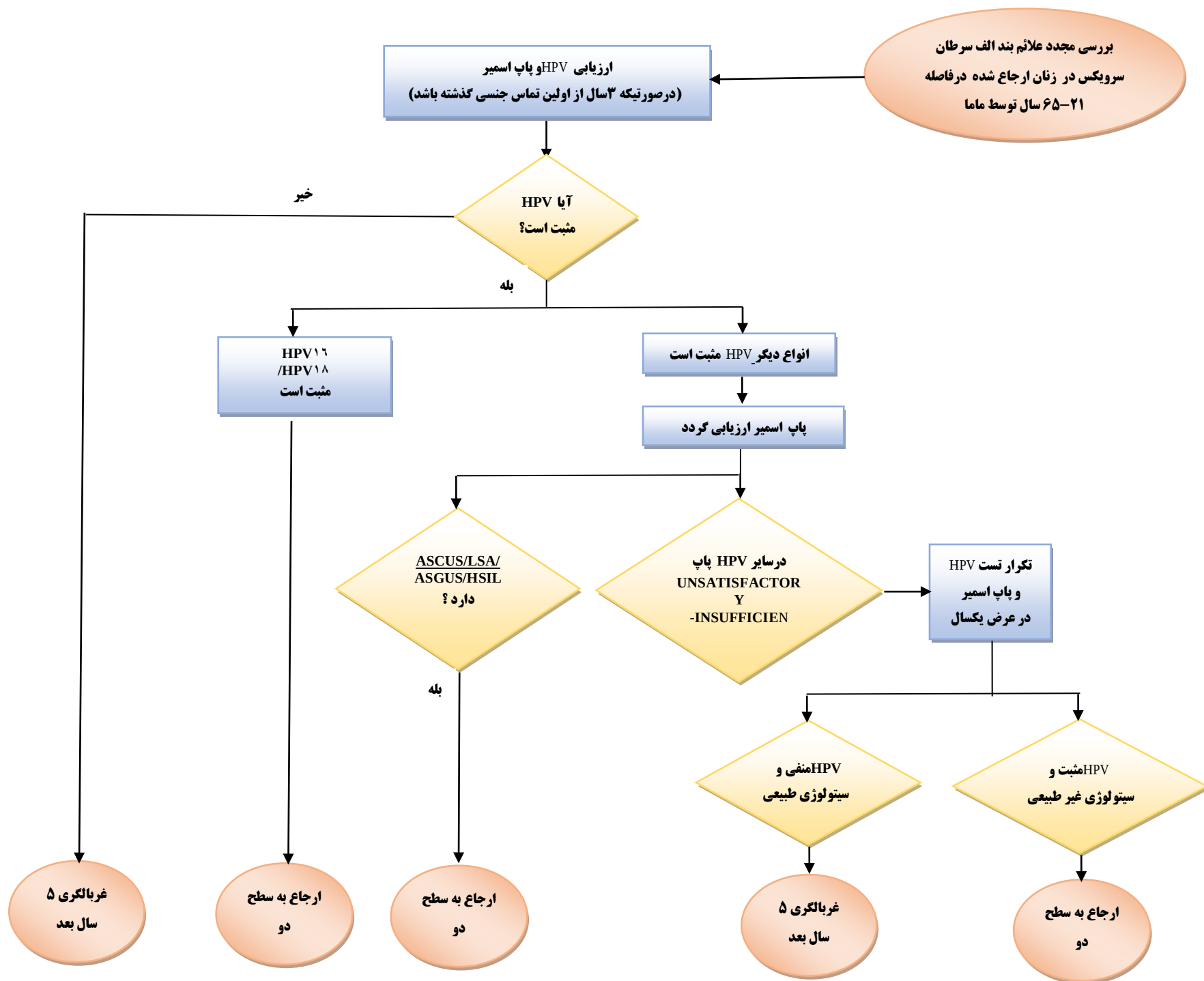


فلوجارت سلامت باروری

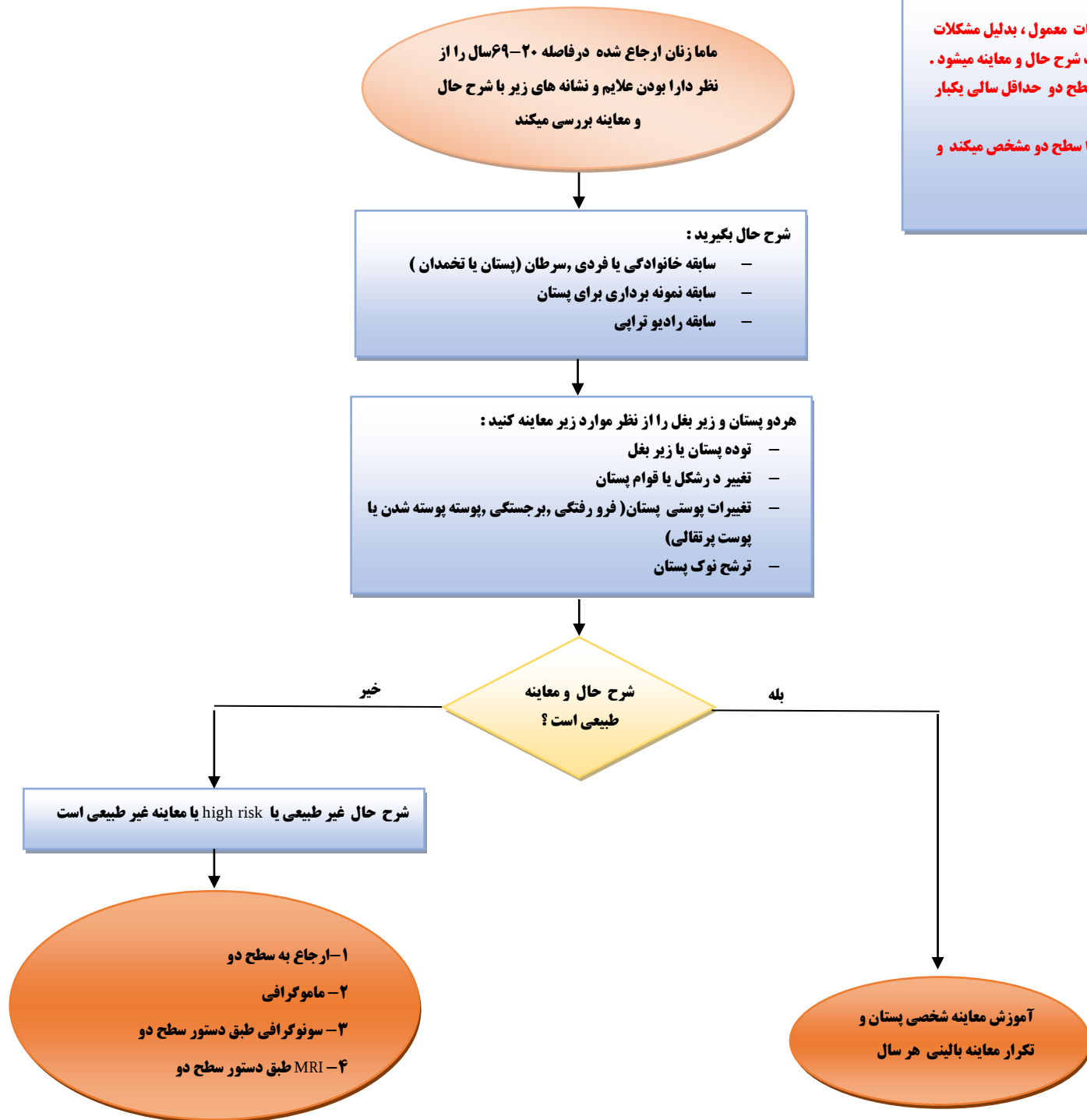


فلو چارت شماره (۱) ورود به برنامه غربالگری سرطان سرویکس





فلوجارت ۱- غربالگری و تشخیص سرطان پستان



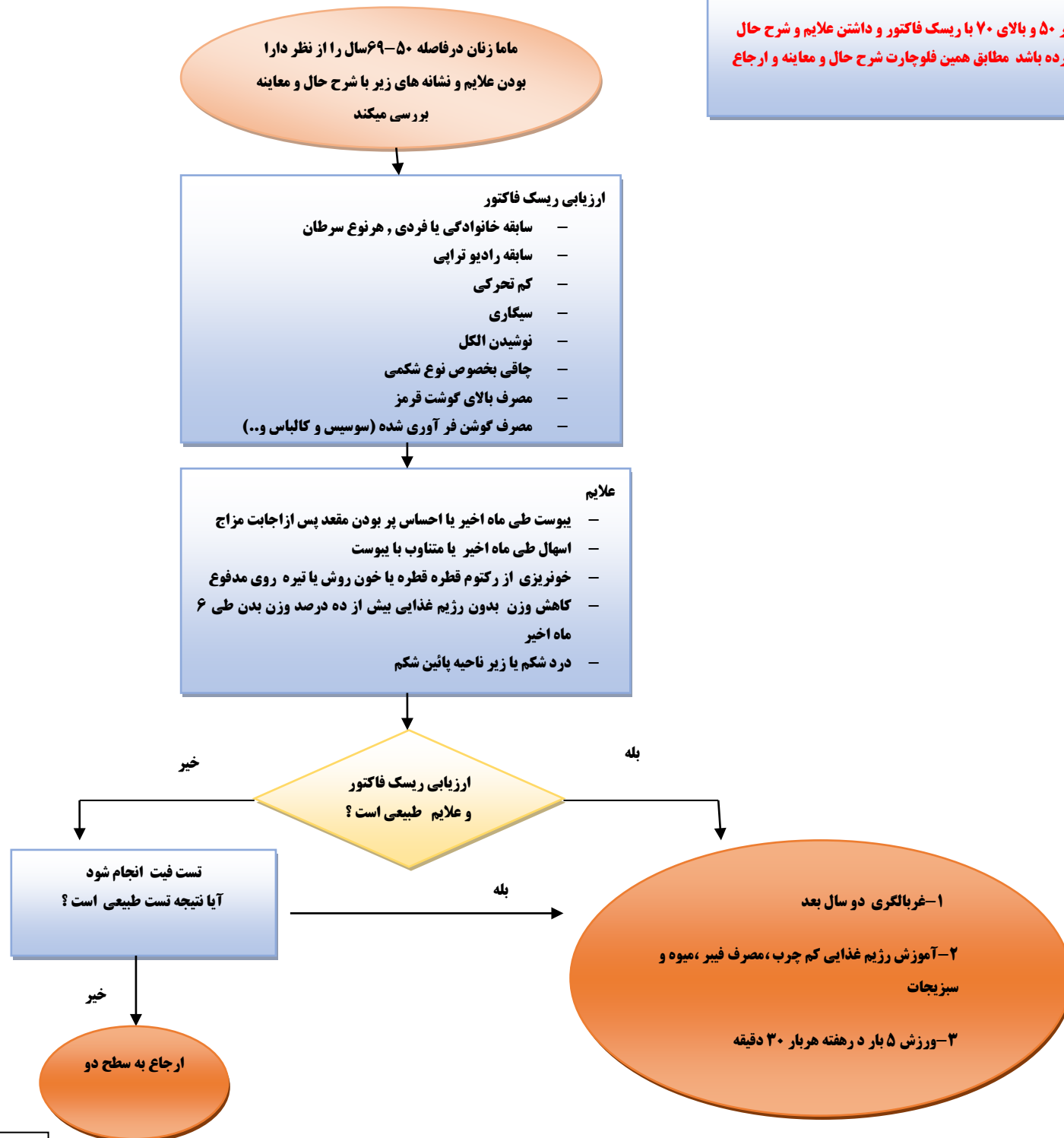
توجه:

- 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 غیرطبیعی فواصل ارجاع را سطح دو مشخص میکند و حداقل سالی یکبار انجام شود

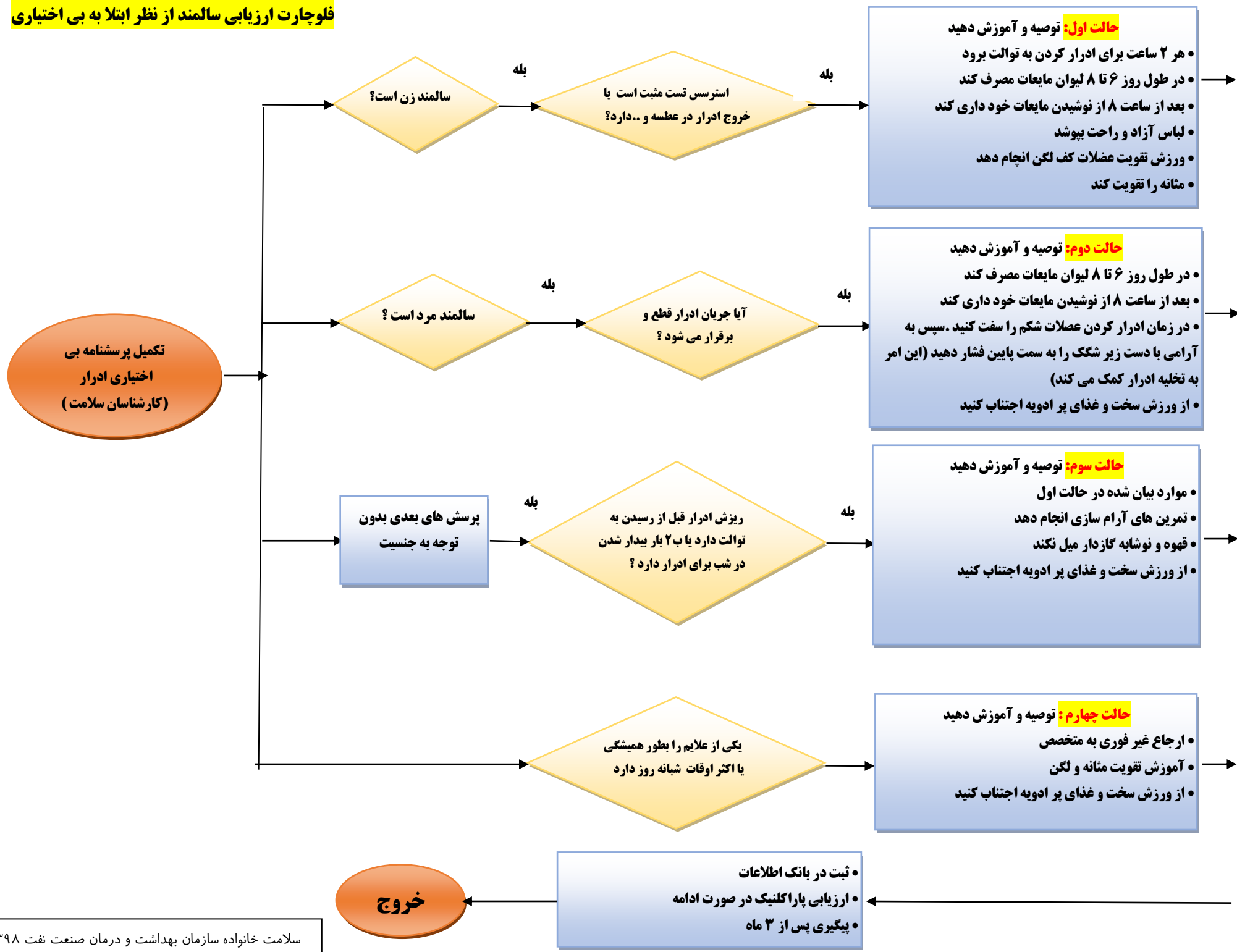
فلوجارت – غربالگری و تشخیص سرطان کولون

توجه :

۱-در هر فرد زیر ۵۰ و بالای ۷۰ با ریسک فاکتور و داشتن علائم و شرح حال مثبت مراجعه کرده باشد مطابق همین فلوجارت شرح حال و معاینه و ارجاع میشود .



فلوجارت ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به بی اختیاری



پرسشنامه الگوی مصرف دخانیات

(برای تمامی افراد در هر گروه سنی توسط فرد یا همراه آن تکمیل گردد)

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

۲- ارزیابی الگوی مصرف دخانیات

۱. آیا شما در حال حاضر سیگار یا هرگونه دخانیات دیگر مثل قلیان و پیپ مصرف میکنید؟ (در صورت پاسخ خیر به سوال ۴ بروید)
(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (۳) به یاد ندارم ☐
۲. آیا شما روزانه دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) مصرف میکنید؟
(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (۳) به یاد ندارم ☐
۳. مصرف شما در روز چه اندازه است؟
(۱) تعداد نخ سیگار در روز (۲) تعداد دفعات مصرف پیپ/ قلیان در روز (۳) تعداد دفعات مصرف پیپ/ قلیان در هفته
آیا در گذشته بصورت منظم روزانه دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) مصرف میکردید؟ (در صورت منفی بودن به سوال ۷ به بعد بروید)
(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐
۵. اولین بار در چند سالگی شروع به مصرف منظم دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) نمودید؟
(۱) سال شروع (۲) به یاد ندارم ☐
۶. آیا میدانید چند سال سابقه مصرف دخانیات (سیگار، قلیان، پیپ) دارید؟
(۱) مدت براساس سال (۲) یا مدت بر اساس ماه (۳) به یاد ندارم ☐
۷. در طی یک هفته گذشته، چندروز در جوار شما در منزل، فرد یا افرادی سیگار کشیده اند؟
(۱) تعداد روز (۲) خیر ☐ (۳) به یاد ندارم ☐
۸. در طی یک هفته گذشته، چندروز در جوار شما در محل کار (در فضای بسته)، فرد یا افرادی سیگار کشیده اند؟
(۱) تعداد روز (۲) خیر ☐ (۳) به یاد ندارم ☐
۹. آیا برای استعمال سیگار در محل کار شما منعی وجود دارد؟
(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (۳) به یاد ندارم ☐
۱۰. آیا از عوارض استعمال سیگار اطلاعی دارید
(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (۳) به یاد ندارم ☐

توضیح دهید

۱۱. آیا تا به حال اقدام به ترک داشته اید ؟
☐ بلی (۱) ☐ خیر (۲)
۱۲. دفعات ترک را با ذکر جزئیات بیان کنید :
۱۲-۱ تعداد دفعات ترک. :
۱۲-۲ حداکثر مدت زمانی که بر ترک بوده اید.....
۱۲-۳ آخرین زمان اقدام بر ترک قبلی.....
۱۲-۴ مهمترین علت اقدام به ترک یا ترکهای قبلی.....
۱۲-۵ روش یا روشهای مورد استفاده در ترکهای قبلی.....
۱۲-۶ مهمترین علائم ازار دهنده در ترکهای قبلی.....
۱۲-۷ مهمترین علل عدم موفقیت در ترکهای قبلی.....

= ارزیابی تمایل به ترک

۱۳. آیا در حال حاضر مایل به ترک هستید؟
☐ بلی کاملاً آماده هستم ☐ خیر به هیچ وجه تمایل به ترک کردن ندارم ☐ تردید دارم (۳)
۱۴. اگر اقدام به ترک نمایید چه کسانی شما را در این فرایند همراهی می کنند؟
افراد همراهی کننده همسر سایر اعضای خانواده دوستان همکاران پرسنل بهداشتی
بسیار زیاد تا حدی اصلاً

۱۵. آیا به بیماری خاصی مبتلا هستید ؟
☐ بلی (۱) ☐ خیر (۲) ☐ به یاد ندارم (۳)
نام بیماری
مدت بیماری
۱۶. آیا داروی خاصی مصرف میکنید ؟
☐ بلی (۱) ☐ خیر (۲)
نام..... مقدار مصرف روزانه..... مدت مصرف

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

محل امضاء :

ارزیابی میزان وابستگی به نیکوتین: (این پرسش ها توسط پزشک انجام می پذیرد)

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

۱۷. چند نخ سیگار در روز میکشید؟			
☐ ۱۰ نخ و کمتر	☐ ۲-۲۰ نخ	☐ ۳-۳۰ نخ	☐ ۴-۳۱ نخ و بیشتر
۱۸. چه مدت بعد از بیدار شدن از خواب اولین سیگار تان را روشن می کنید؟			
☐ ۵-۳۰ دقیقه	☐ ۳۰ دقیقه	☐ ۳۱ تا ۶۰ دقیقه	☐ ۴-بعد از ۶۰ دقیقه
۱۹. آیا نکشیدن سیگار در محلهایی که استعمال دخانیات ممنوع است شما را ناراحت می کند؟			
☐ بلی		☐ خیر	
۲۰. آیا در اولین ساعات بیدار شدن تان از خواب بیشتر از سایر ساعات در روز سیگار می کشید؟			
☐ بلی		☐ خیر	
۲۱. نکشیدن کدام نخ سیگار در روز برای شما مشکل تر است؟			
☐ اولین سیگار در صبح		☐ سایر موارد	
۲۲. آیا زمانی که بیمار هستید باز هم سیگار می کشید؟			
☐ بلی		☐ خیر	

نتیجه (محرمانه توسط پزشک ارزیابی میشود):

درجه وابستگی

☐ کم (۱) ☐ متوسط (۲) ☐ زیاد (۳)

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

محل امضاء:

تاریخ تکمیل:

پرسشنامه سنجش میزان فعالیت بدنی (برای نوجوانان و بالغین)

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

ما قصد داریم درباره انواع فعالیت‌های بدنی که شما به عنوان بخشی از زندگی روزمره‌تان انجام می‌دهید، اطلاعات کسب کنیم. سؤالات در مورد زمان‌هایی خواهد بود که شما در طول ۷ روز گذشته از نظربدنی فعال بوده‌اید.

۱/ لطفاً به تک تک سؤالات پاسخ دهید حتی اگر خود را فرد پر حرکت و فعالی به حساب نمی‌آورید.
۲/ فعالیت‌هایی را که در محل کار، به عنوان بخشی از کار در منزل و ساختمان، رفتن از جایی به جای دیگر، فعالیت‌هایی که به عنوان سرگرمی در اوقات فراغت و تمرین ورزشی انجام می‌دهید، همه را در نظر بگیرید.
۳/ تمام فعالیت‌های شدید و متوسطی را که در طول ۷ روز اخیر انجام داده‌اید، مدنظر قرار دهید.
۴/ فعالیت‌های شدید به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که قدرت بدنی زیاد می‌خواهد و باعث می‌شود بسیار سریع تر از حالت عادی نفس بکشید.

۵/ فعالیت‌های متوسط به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که قدرت بدنی متوسطی می‌خواهد و باعث می‌شود شما کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید.

بخش اول: فعالیت بدنی مرتبط با کار روزانه

قسمت اول مربوط به فعالیت بدنی شما در محل کار است، شامل کارهایی که در ازای آن حقوق می‌گیرید، کشاورزی، شغل‌های داوطلبانه، شغل‌های دوره‌ای و یا هر شغل بدون حقوق دیگری که شما بیرون منزل انجام می‌دهید، البته به غیر از کارهای شخصی که شما در منزل یا بیرون منزل برای مراقبت از خانه و خانواده انجام می‌دهید (مانند کار خانه، کار در حیاط (باغچه)، تعمیرات عمومی)

پاسخ	سوال
۱- بلی	۱. آیا شما در محیط کار خود فعالیت بدنی شدید مانند بلند کردن اجسام سنگین، حفر (حفاری، کندن)، ساخت و ساز سنگین یا بالا رفتن از پله‌ها به عنوان بخشی از کارتان داشته‌اید؟ (تنها فعالیت‌های بدنی که حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته طول کشیده‌اند، مدنظر قرار دهید)
۲- خیر (به سوال ۴ بروید)	
۱- تعداد روز	۲. شما چند روز در هفته، فعالیت بدنی شدید به عنوان بخشی از کارتان داشته‌اید؟ (هفته ای را در نظر بگیرید که فعالیت بدنی شدید دارید نه تمامی هفته ها)
۲- نمی دانم	
دقیقه / ساعت.....	۳. در یک روز کاری چه مدت زمان فعالیت بدنی سنگین دارید؟
۱- بلی	۴. آیا شما در محیط کار خود فعالیت بدنی متوسط مانند حمل بارهای سبک ۱۰ دقیقه مداوم کار متوسط بدنی در حین کار انجام می‌دهید؟ (کار متوسط فعالیت‌ای است که باعث افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس به میزان کمی شود)
۲- خیر (به سوال ۷ بروید)	
تعداد روز	۵. شما چند روز در طی هفته، فعالیت متوسط بدنی در محیط کار دارید؟
دقیقه / ساعت.....	۶. در یک روز کاری چه مدت زمان فعالیت بدنی متوسط دارید؟

بخش ۲: فعالیت بدنی جهت حمل و نقل (رفت و آمد)

این سؤالات در ارتباط با چگونگی رفت و آمد شما از مکانی به مکان دیگر است (شامل مکان‌هایی مانند محل کار، فروشگاه‌ها، سینما و ... می‌باشد).

۱- بلی	۷. آیا شما بمنظور جابجایی در طول روز حداقل ۱۰ دقیقه مداوم پیاده روی یا دوچرخه سواری انجام می‌دهید؟
۲- خیر (به سوال ۱۰ بروید)	
۱- تعداد روز	۸. چند روز در هفته شما حداقل ۱۰ دقیقه مداوم از دوچرخه یا پیاده روی برای رسیدن به مقصد استفاده می‌نمایید؟
۲- نمی‌دانم	
دقیقه / ساعت.....	۹. در طول یک روز شما برای رسیدن به مقصد چه مدت از پیاده روی یا دوچرخه استفاده مینمایید؟

بخش ۳: تفریح، ورزش و فعالیت فیزیکی در اوقات فراغت

این قسمت در مورد فعالیت‌هایی است که شما در طول ۷ روز اخیر تنها به منظور تفریح، ورزش، تمرینات جسمانی یا در اوقات فراغت انجام داده‌اید. لطفاً فعالیت‌هایی را که قبلاً اشاره نموده‌اید، در نظر بگیرید.

۱- بلی	۱۰. آیا فعالیت ورزشی شدید حرفه‌ای و یا تفریحی که بطور پیوسته حداقل ۱۰ دقیقه طول کشیده (مانند فوتبال، دویدن، شنای سریع، بدن‌سازی و ...) و منجر به افزایش شدید ضربان قلب و تعداد تنفس شود، انجام می‌دهید؟
۲- خیر (به سوال ۱۳ بروید)	
تعداد روز	۱۱. در یک هفته خاص چند روز، فعالیت سنگین ورزشی انجام می‌دهید؟
دقیقه / ساعت.....	۱۲. شما در روز چه مدت فعالیت سنگین ورزشی انجام می‌دهید؟
۱- بلی	۱۳. آیا فعالیت ورزشی متوسط که بطور پیوسته حداقل ۱۰ دقیقه طول کشیده (مانند دوچرخه سواری، شنا، والیبال، راه‌پیمایی ...) و منجر به افزایش خفیف ضربان قلب و تعداد تنفس گردد انجام می‌دهید؟
۲- خیر (به سوال ۱۶ بروید)	
تعداد روز	۱۴. شما چند روز در هفته فعالیت متوسط ورزشی انجام می‌دهید؟
دقیقه / ساعت.....	۱۵. شما در روز چه مدت فعالیت‌های متوسط ورزشی انجام می‌دهید؟

آخرین سؤال مربوط به اوقاتی است که شما در طول ۷ روز اخیر به نشستن اختصاص داده‌اید که شامل نشستن در محل کار، در خانه، هنگام انجام تکالیف و در اوقات فراغت می‌باشد. این زمان نشستن پشت میز، نشستن یا لم دادن هنگام تماشای تلویزیون و مطالعه و زمانی که برای نشستن با دوستان و فامیل اختصاص داده‌اید را هم شامل می‌شود.

دقیقه / ساعت.....	۱۶. شما معمولاً در روز چه مدت بی‌حرکت یا نشسته هستید؟
-------------------------	---

نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

محل امضاء:

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

دستورالعمل تکمیل پرسشنامه سنجش میزان فعالیت بدنی

این پرسشنامه برای کلیه افراد بالای ۸ سال تکمیل خواهد شد .

در قسمت اول پرسشنامه مشخصات فردی بر اساس مندرجات پرونده فرد تکمیل خواهد شد (اطلاعات بر اساس شماره پرسنلی و کد فردی ذخیره و در فایل اکسل پرسشنامه وارد خواهد شد) نحوه تکمیل :

۱. اگر پاسخ فرد به سوال اول بلی باشد سوال دوم پرسیده و تکمیل گردد و اگر پاسخ فرد به سوال اول منفی باشد به سوال شماره چهارم پاسخ دهد
- برای فرد توضیح دهید فعالیت بدنی شدید به فعالیت هایی گفته می شود که قدرت بدنی زیاد می خواهد و باعث می شود بسیار سریع تر از حالت عادی نفس بکشید و یا ضربان قلب بشدت افزایش یابد.
۲. پاسخ به سوال ۲ براساس تعداد روزهای هفته است که فعالیت بدنی شدید انجام میدهد لذا پاسخ صحیح بین عدد ۱ تا ۷ است
۳. پاسخ به سوال سوم بر اساس ساعت و دقیقه است .
- برای فرد توضیح دهید که تنها فعالیت های بدنی که حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته طول کشیده است را مدنظر قرار دهد.
۴. اگر پاسخ فرد به سوال چهارم بلی باشد سوال پنجم پرسیده و تکمیل گردد و اگر پاسخ فرد به این سوال منفی بود به سوال شماره هفتم پاسخ دهد
- برای فرد توضیح دهید فعالیت های متوسط به فعالیت هایی گفته می شود که قدرت بدنی متوسطی می خواهد و باعث می شود شما کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید و یا ضربان قلب افزایش کمی داشته باشد.
۵. پاسخ به سوال ۵ براساس تعداد روزهای هفته است که فعالیت بدنی متوسط انجام میدهد لذا پاسخ صحیح بین عدد ۱ تا ۷ است
۶. پاسخ به سوال ۶ بر اساس ساعت و دقیقه است .
- برای فرد توضیح دهید که تنها آن فعالیت های بدنی که حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به طور پیوسته طول کشیده است را مدنظر قرار دهد.
۷. اگر پاسخ فرد به سوال ۷ بلی باشد سوال ۸ پرسیده و اگر پاسخ به سوال ۷ منفی باشد به سوال شماره ۱۰ " پاسخ دهد
۸. پاسخ به سوال ۸ تعداد روزهای هفته است که فعالیت مورد نظر را انجام و بین عدد ۱ تا ۷ است
۹. پاسخ به سوال ۹ بر اساس ساعت و دقیقه است .
- برای فرد توضیح دهید ، روزی را که براحتی به یاد می آورد ، در نظر بگیرد و فعالیت تعریف شده باید حداقل به مدت ۱۰ دقیقه به صورت پیوسته طول کشیده باشد .
۱۰. اگر پاسخ فرد به سوال ۱۰ بلی باشد سوال ۱۱ پرسیده و اگر پاسخ به این سوال منفی بود به سوال شماره ۱۳ پاسخ دهد
۱۱. پاسخ به سوال ۱۱ تعداد روزهای هفته است که فعالیت مورد نظر را انجام و بین عدد ۱ تا ۷ است
۱۲. پاسخ به سوال ۱۲ بر اساس ساعت و دقیقه است (به فرد توضیح داده شود در مورد یک نمونه روز که میزان فعالیت آن را بخوبی به یاد می آورد محاسبه کند)
۱۳. اگر پاسخ فرد به سوال ۱۳ بلی باشد سوال ۱۴ پرسیده و اگر پاسخ به این سوال منفی بود به سوال شماره ۱۶ پاسخ دهد
۱۴. پاسخ به سوال ۱۴ تعداد روزهای هفته است که فعالیت مورد نظر را انجام و بین عدد ۱ تا ۷ است
۱۵. پاسخ به سوال ۱۵ بر اساس ساعت و دقیقه است
۱۶. برای پاسخ به این سوال تمام زمان هایی که فرد به نشستن اختصاص داده شامل نشستن در محل کار، خانه، انجام تکالیف اوقات فراغت ، نشستن پشت میز، لم دادن هنگام تماشای تلویزیون، مطالعه و زمانی که برای نشستن با دوستان و فامیل گذرانده میشود .

ارزیابی و نتیجه بر اساس پاسخ داده شده و کسب عدد نهایی از فرمول موجود در فایل اکسل پرسشنامه به شرح زیر است :

- نتایج پاسخ نامه برای هر فرد باید در فایل اکسل پرسشنامه ، صفحه (physical a) وارد گردد.
- چنانچه پاسخ ها بر اساس ساعت باشد در این فایل به دقیقه تبدیل و در ستون های مربوطه وارد گردد
- پس از ثبت اطلاعات ، جهت تعیین میزان فعالیت بدنی فرد ، ردیف های زیر را به ترتیب مشاهده نمایید:
- در صورت مشاهده عبارت HIGH در ردیف ۲۴ یا ۲۵ ، بدون توجه به سایر ردیف ها ، فرد در گروه فعالیت فیزیکی زیاد قرار می گیرد
- در صورت مشاهده عدد (صفر، ۰) در ردیف ۲۴ یا ۲۵ ، و مشاهده عبارت Moderate در هریک از ردیف های ۲۹-۳۰ و ۳۱ بدون توجه به سایر ردیف ها ، فرد در گروه فعالیت فیزیکی متوسط قرار می گیرد
- در غیر این صورت ، ردیف های ۲۴-۲۵-۲۹-۳۰ و ۳۱ عدد صفر (۰) را نمایش و در ردیف ۳۲ عبارت Low را مشاهده می نمایم که فرد در گروه فعالیت فیزیکی کم قرار می گیرد
- پس از تعیین گروه فعالیت بدنی ، میزان فعالیت بدنی فرد را در فایل اکسل جمعیت شناسی ، ستون AY / " نتیجه ارزیابی فعالیت فیزیکی " یکی از عبارت های «کم،متوسط ، زیاد» را وارد نمایید.

پرسشنامه ارزیابی آمادگی برای فعالیت جسمانی

Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)

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

ردیف	سوال	بله	خیر
۱	آیا تا به حال پزشک تان به شما گفته است که مشکل قلبی دارید، و اینکه باید تنها بامشورتِ 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 ازدست 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 ادرارآور ۲۳) تجویز کرده است؟		
۷	یا هرگونه دلیل دیگری در ذهن دارید که بابتش نباید دست به فعالیت بدنی بزنید؟		

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

امضاء:

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۶-۱۸ سال

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن ☐ مرد ☐

مرد ☐

معیار الگوی تغذیه:

۱. مصرف میوه روزانه شما چقدر است؟
 - ☐ گزینه اول: بندرت / هرگز
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۲ سهم
 - ☐ گزینه سوم: ۲ سهم یا بیشتر
۲. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟
 - ☐ گزینه اول: بندرت / هرگز
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۳ سهم
 - ☐ گزینه سوم: ۳ سهم یا بیشتر
۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟
 - ☐ گزینه اول: بندرت / هرگز
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۳ سهم
 - ☐ گزینه سوم: ۳ سهم یا بیشتر
۴. چقدر فست فود / تنقلات کم ارزش یا بی ارزش (هله هوله شور و شیرین و چرب مانند چیپس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی و...) مصرف می کنید؟
 - ☐ گزینه اول: تقریباً هر روز
 - ☐ گزینه دوم: هفتگی (هفته ای یکی دوبار)
 - ☐ گزینه سوم: بندرت / هرگز
۵. چند وعده غذایی در شبانه روز (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کنید؟
 - ☐ گزینه اول: ۲ وعده یا کمتر
 - ☐ گزینه دوم: ۳ - ۴ وعده
 - ☐ گزینه سوم: ۵ وعده
۶. چند ساعت در شبانه روز از تلویزیون، کامپیوتر یا بازیهای الکترونیکی بدون تحرک استفاده می کنید؟
 - ☐ گزینه اول: بیشتر از دو ساعت
 - ☐ گزینه دوم: دو ساعت
 - ☐ گزینه سوم: کمتر از دو ساعت
۷. در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۴۲۰ دقیقه در هفته معادل با ۶۰ دقیقه در روز با تواتر ۷ روز در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند، دوچرخه سواری، شنا و...)
 - ☐ گزینه اول: تقریباً "بدون فعالیت بدنی هدفمند"
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۴۲۰ دقیقه در هفته
 - ☐ گزینه سوم: ۴۲۰ دقیقه در هفته یا بیشتر

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۱۸-۲۹ سال

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن ☐ مرد ☐

مرد ☐

معیار الگوی تغذیه:

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟
 - ☐ گزینه اول: بندرت / هرگز
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
 - ☐ گزینه سوم: ۲ تا ۴ واحد یا بیشتر
۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟
 - ☐ گزینه اول: بندرت / هرگز
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد
 - ☐ گزینه سوم: ۳ تا ۵ واحد
۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟
 - ☐ گزینه اول: بندرت / هرگز
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد
 - ☐ گزینه سوم: ۲ واحد یا بیشتر
۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟
 - ☐ گزینه اول: همیشه
 - ☐ گزینه دوم: گاهی
 - ☐ گزینه سوم: بندرت / هرگز
۵. چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟
 - ☐ گزینه اول: هفته ای ۲ بار یا بیشتر
 - ☐ گزینه دوم: ماهی ۱ - ۲ بار
 - ☐ گزینه سوم: بندرت / هرگز
۶. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟
 - ☐ گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی
 - ☐ گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد
 - ☐ گزینه سوم: فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)
۷. در هفته چقدر فعالیت بدنی دارید؟ (حداقل فعالیت بدنی متوسط ۱۵۰ دقیقه در هفته شامل ورزش های هوازی نظیر پیاده روی تند ، دوچرخه سواری ، شنا و...)
 - ☐ گزینه اول: تقریباً "بدون فعالیت بدنی هدفمند"
 - ☐ گزینه دوم: کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته
 - ☐ گزینه سوم: ۱۵۰ دقیقه در هفته یا بیشتر

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای نوجوانان ۳۰-۵۹ سال

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن ☐

مرد ☐

معیار الگوی تغذیه:

۱. مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟

☐ گزینه اول: بندرت / هرگز

☐ گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد

☐ گزینه سوم: ۲ تا ۴ واحد یا بیشتر

۲. مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟

☐ گزینه اول: بندرت / هرگز

☐ گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد

☐ گزینه سوم: ۳ تا ۵ واحد

۳. مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟

☐ گزینه اول: بندرت / هرگز

☐ گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد

☐ گزینه سوم: ۲ = واحد یا بیشتر

۴. آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟

☐ گزینه اول: همیشه

☐ گزینه دوم: گاهی

☐ گزینه سوم: بندرت / هرگز

۵. چقدر فست فود / نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟

☐ گزینه اول: هفته ای ۲ بار یا بیشتر

☐ گزینه دوم: ماهی ۱ - ۲ بار

☐ گزینه سوم: بندرت / هرگز

۶. از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟

☐ گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی

☐ گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد

☐ گزینه سوم: فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

جمع کل:

پرسشنامه غربالگری تغذیه ای سالمندان ۶۰ سال و بالاتر

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن ☐

مرد ☐

معیار الگوی تغذیه و شیوه زندگی برای افراد با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ :

۱. آیا مصرف غذای شما طی ۳ ماه اخیر بعلت کاهش اشتها، مشکلات گوارشی، مشکلات دندانی و جویدن یا اختلال در بلع کاهش یافته است؟

☐ گزینه اول : کاهش شدید مصرف غذا

☐ گزینه دوم : کاهش متوسط مصرف غذا

☐ گزینه سوم : کاهش نیافتن مصرف غذا

۲. آیا طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟

☐ گزینه اول : بیش از ۳ کیلو گرم کاهش وزن

☐ گزینه دوم : نمی داند

☐ گزینه سوم : بین ۱ تا ۳ کیلو گرم کاهش وزن

☐ گزینه چهارم : بدون کاهش وزن

۳. میزان تحرک معمول شما چقدر است؟

☐ گزینه اول: وابسته به تخت یا صندلی

☐ گزینه دوم: قادر به ترک کردن تخت یا صندلی اما قادر به بیرون رفتن نیست

☐ گزینه سوم : بیرون می رود

۴. آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روحی روانی یا یک بیماری حاد به شما وارد شده است؟

☐ گزینه اول: بلی

☐ گزینه دوم: خیر

۵. آیا مبتلا به مشکلات عصبی یا روانی هستید؟

☐ گزینه اول : فراموشی یا افسردگی شدید

☐ گزینه دوم : فراموشی خفیف

☐ گزینه سوم : فاقد مشکلات روانی (سایکولوژیک)

۶. دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید،

اندازه دور عضله ساق پا:

☐ گزینه اول : کمتر از ۳۱ سانتی متر

☐ گزینه دوم: ۳۱ سانتی متر یا بیشتر

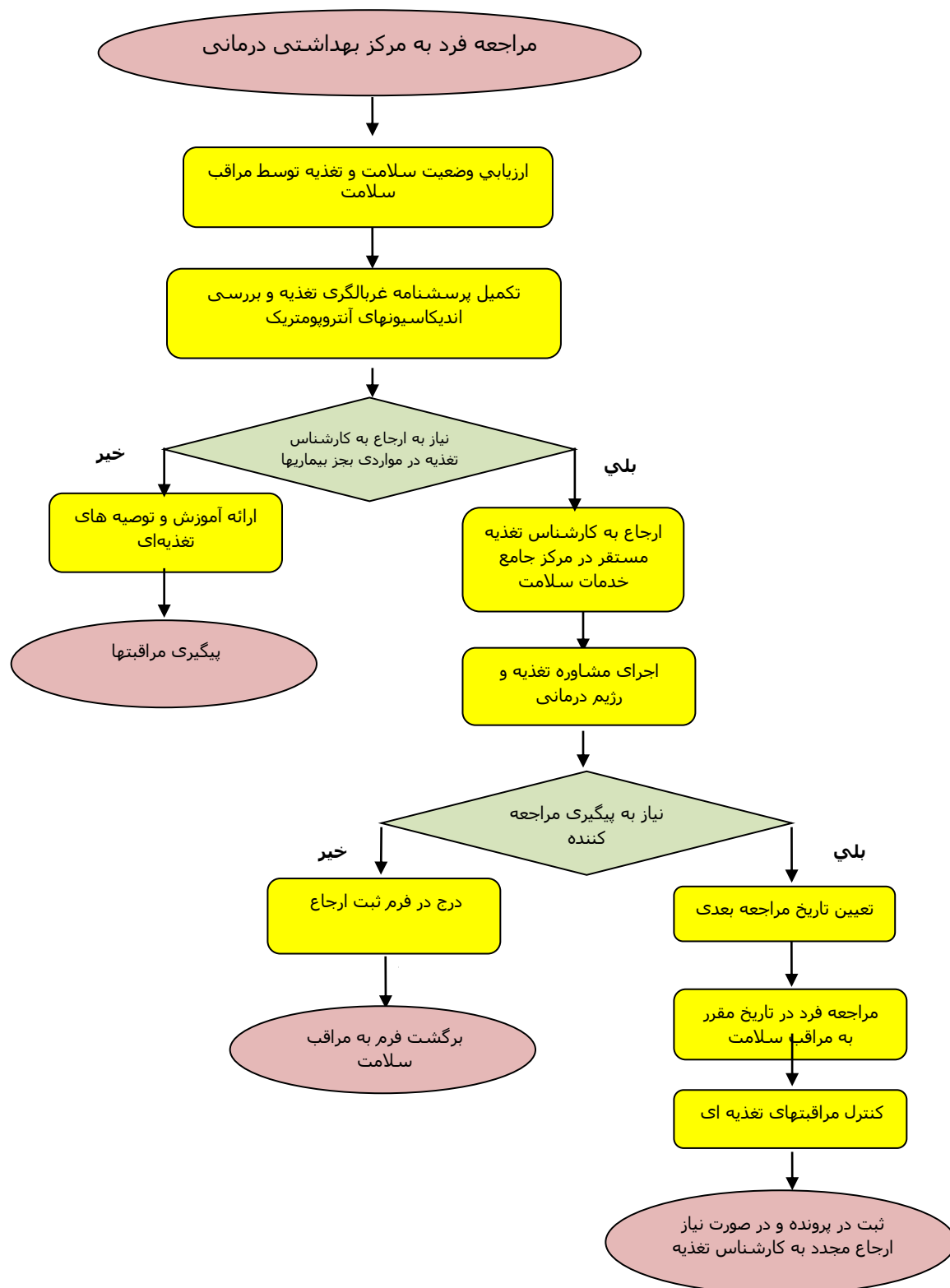
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

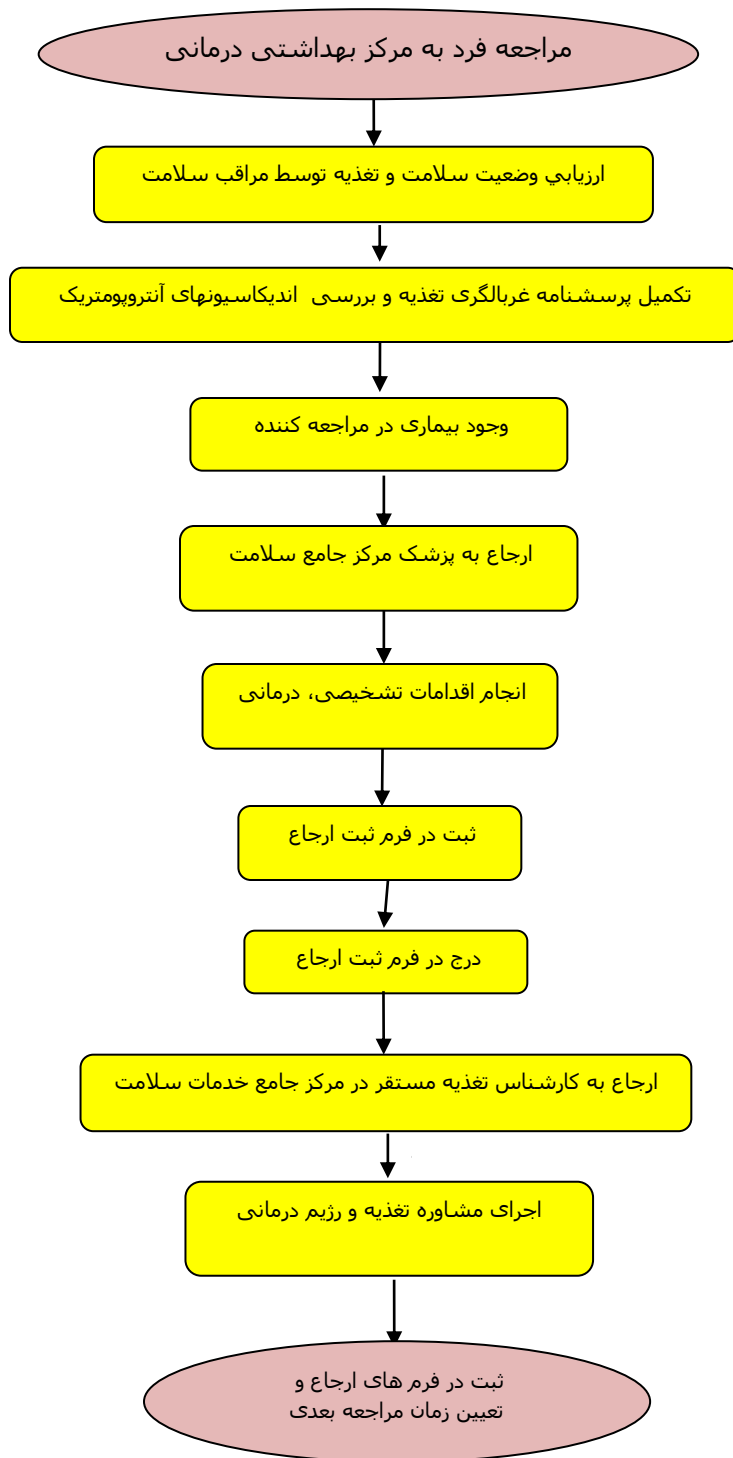
فلوجارت ارائه مراقبت‌های تغذیه به استثناء بیمارها

در مراکز بهداشتی درمانی و مراکز جامع خدمات سلامت



فلوجارت ارائه مراقبت‌های تغذیه در بیمارها

در مراکز بهداشتی درمانی و مراکز جامع خدمات سلامت



غربالگری تغذیه ای مادران باردار

۱. معیار نمایه توده بدنی قبل از بارداری:

وضعیت BMI:

- مطلوب: موارد با BMI قبل از بارداری طبیعی (طبق جداول زیر)
- نامطلوب: موارد با BMI قبل از بارداری کم وزنی، اضافه وزن و چاقی (طبق جداول زیر)

وزن گیری برای مادرهای باردار بالانر از ۱۹ سال در تک قلوئی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m^2	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
کم وزن	< 18.5	۱۲/۵ - ۱۸	۰/۵
طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹	۱۱/۵ - ۱۶	۰/۴
اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹	۷ - ۱۱/۵	۰/۳
چاق	≥ 30	۵ - ۹	۰/۲

- افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری در حدود ۰/۵ تا ۲ کیلوگرم می باشد.

میزان افزایش وزن برای مادران باردار کمتر از ۱۹ سال در بارداری تک قلوئی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	z-score	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
کم وزن	< -1	۱۲/۵ - ۱۸	۰/۵
طبیعی	از -۱ تا +۱	۱۱/۵ - ۱۶	۰/۴
اضافه وزن	از +۱ تا +۲	۷ - ۱۱/۵	۰/۳
چاق	$\geq +2$	۵ - ۹	۰/۲

میزان افزایش وزن در بارداری دو قلوئی بر اساس نمایه توده بدنی قبل از بارداری

وضعیت تغذیه	BMI قبل از بارداری kg/m^2	محدوده مجاز افزایش وزن (کیلوگرم)	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ بارداری به بعد (کیلوگرم/هفته)
*کم وزن	< 18.5	*	*
طبیعی	$18.5 - 24.9$	$17 - 25$	0.63
اضافه وزن	$25 - 29.9$	$14 - 23$	0.6
چاق	≥ 30	$11 - 19$	0.45

* افزایش وزن مادران کم وزن دوقلو توسط کارشناس تغذیه تعیین شود.

- افزایش وزن توصیه شده در سه ماهه اول بارداری دوقلوئی $1/5$ تا $2/5$ کیلوگرم می باشد.

۲. معیار الگوی تغذیه:

۱. واحد مصرفی میوه و سبزی روزانه چقدر است؟

۰ = کمتر از ۲ واحد

$1 = 2 - 4$ واحد

$2 = 5$ واحد یا بیشتر

۲. واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟

۰ = ۱ واحد و کمتر

$1 = 2$ تا ۳ واحد

$2 = 4$ واحد یا بیشتر

۳. آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کند؟

۰ = همیشه

$1 =$ گاهی

$2 =$ هرگز

۴. مصرف فست فود و/ یا نوشابه های گازدار چگونه است؟

۰ = ماهی ۳ بار یا بیشتر

۱ = ماهی ۱-۲ بار

۲ = هرگز

۵. نوع روغن مصرفی عمدتاً از کدام نوع است؟

۰ = فقط روغن نیمه جامد ، جامد یا حیوانی

۱ = تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد

۲ = فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

۶. دوز و نظم در مصرف مکمل های دوران بارداری چگونه است؟

۰ = نامنظم و کمتر از دوز لازم طبق برنامه کشوری

۱ = نامنظم و/ یا دوز کمتر از مقدار لازم طبق برنامه کشوری

۲ = منظم و طبق برنامه کشوری

۳. نحوه محاسبه امتیاز:

گزینه اول = ۰ امتیاز گزینه دوم = ۱ امتیاز گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز = ۱۲ امتیاز

۴. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱-BMI - ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات

BMI مطلوب و امتیاز کامل (۱۲ امتیاز) = تشویق مراجعه کننده و ادامه الگوی تغذیه مناسب

BMI مطلوب + ۱۱ - ۶ امتیاز ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش در موارد مشکل دار

BMI مطلوب + ۵ - ۰ امتیاز ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت آموزش موارد مشکل دار در جلسات آموزش گروهی + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش های تغذیه ارائه شده در ملاقات اول و اصلاح الگوی تغذیه

BMI در محدوده اضافه وزن (۲۵ تا ۲۹,۹) با هر امتیاز ← آموزش در موارد مشکل دار + ارجاع به کارشناس تغذیه

BMI در محدوده چاقی (۳۰ و بالاتر) و یا وجود بیماری های همراه شامل دیابت، آنمی، بیماری کلیوی، فشار خون و ... با هر امتیاز ← آموزش در موارد مشکل دار و ارجاع به پزشک ← کارشناس تغذیه (مراجعه و کنترل مجدد توسط مشاور تغذیه بعد از یکماه)

کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.

غربالگری تغذیه ای کودکان ۶-۲ سال

۱. معیار وضعیت وضعیت رشد کودک براساس وزن و قد: منحنی وزن برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD - و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD - و با کندی رشد یا توقف رشد یا منحنی با سیر نزولی یا زیر منحنی 3SD - با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند منحنی قد برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD - و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD - و با کندی یا توقف رشد یا زیر منحنی 3SD - با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند
۲. معیار الگوی تغذیه: ۱- واحد میوه و سبزی مصرفی روزانه چقدر است؟ = ۰ اصلاً "میوه و سبزی مصرف نمی کند" = ۱ کمتر و بیشتر از میزان مطلوب مصرف می کند = ۲ ۲ تا ۳ واحد سبزی و میوه ۲- سهم شیر و لبنیات مصرفی روزانه چقدر است؟ = ۰ اصلاً "شیر و لبنیات مصرف نمی کند" = ۱ کمتر و بیشتر از میزان مطلوب مصرف می کند = ۲ ۲ تا ۳ واحد شیر و لبنیات ۳- مصرف تنقلات (هله هوله شور، شیرین یا چرب مانند چیپس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی، فلافل، سمبوسه و ...) چقدر است؟ = ۰ روزانه (هر روز) = ۱ هفتگی (حداکثر ۱ تا ۲ بار در هفته) = ۲ هرگز یا بندرت (حداکثر ماهی ۱ تا ۳ بار) ۴- تعداد وعده های غذایی شبانه روز (وعده اصلی و میان وعده) چقدر است؟ = ۰ ۲ وعده یا کمتر = ۱ ۳-۴ وعده

۲ = ۵ وعده

۵- ساعات استفاده از تلویزیون ، کامپیوتر یا بازیهای الکترونیکی یا بی تحرک در روز چقدر است؟

۰ = بیشتر از دو ساعت

۱ = دو ساعت

۲ = کمتر از دو ساعت

۳. نحوه محاسبه امتیاز:

گزینه اول = ۰ امتیاز گزینه دوم = ۱ امتیاز گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز = ۱۰ امتیاز

۴. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱-وزن و قد ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات

وزن برای سن و قد برای سن مطلوب (بالای 3SD- و موازی و صعودی) و امتیاز کامل (۱۰ امتیاز) = تشویق مادر و ادامه تغذیه مناسب کودک

وزن برای سن و قد برای سن مطلوب + ۹ - ۶ امتیاز ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش موارد مشکل دار به مادر

وزن برای سن و سیر منحنی رشد مطلوب + ۵ - ۰ امتیاز ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت آموزش موارد مشکل دار به مادران در جلسات آموزش گروهی + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش های تغذیه ارائه شده در ملاقات اول و اصلاح الگوی تغذیه

کلیه موارد نامطلوب (بجز زیر 3SD-) و با هر امتیاز ← مراقبت ویژه، پیگیری، آموزش + ارجاع به کارشناس تغذیه

وزن برای سن و یا قد برای سن زیر 3SD- با هر امتیاز ← ارجاع به پزشک ← ارجاع به کارشناس تغذیه

کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.

غربالگری تغذیه ای شیرخواران ۱۲-۲۴ ماهه

۱. معیار وضعیت رشد شیرخوار بر اساس وزن و قد:
منحنی وزن برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD - و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD - و با کندی رشد یا توقف رشد یا منحنی با سیر نزولی یا زیر منحنی 3SD - با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند منحنی قد برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD - و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD - و با کندی رشد یا توقف رشد یا زیر منحنی 3SD - با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند
۲. معیار الگوی تغذیه:
۱. آیا تغذیه با شیر مادر ادامه دارد؟ ۱ = بله ۰ = خیر ۲. آیا علاوه بر شیر مادر ۵ وعده غذایی روزانه (شامل وعده اصلی و میان وعده) مصرف می کند؟ ۱ = بله ۰ = خیر ۳. آیا نحوه مصرف مکمل آهن (زمان شروع، مقدار و مصرف مرتب) مطابق دستورالعمل است؟ ۱ = بله ۰ = خیر ۴. آیا نحوه مصرف مکمل ویتامین A&D یا مولتی ویتامین (زمان شروع، مقدار و مصرف مرتب) مطابق دستورالعمل است؟ ۱ = بله ۰ = خیر ۵. آیا بطور کامل از مصرف هله هوله و تنقلات غیر مفید (خوراکی های شور، شیرین یا چرب مانند چیپس، پفک، نوشابه، آب میوه صنعتی، فلافل، سمبوسه و ...) پرهیز می کند؟ ۱ = بله ۰ = خیر ۶. آیا زمان شروع غذای سفره (خانوار) به موقع بوده است؟ ۱ = بله ۰ = خیر
۷. نحوه محاسبه امتیاز:
گزینه بله = ۱ امتیاز گزینه خیر = ۰ امتیاز بیشترین امتیاز = ۶ امتیاز
۸. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱- وزن و قد ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات
وضعیت رشد مطلوب و امتیاز کامل (۶ امتیاز) = تشویق و تایید عملکرد مادر و تاکید بر ادامه تغذیه با شیر مادر و نحوه صحیح تغذیه در این سن.

وضعیت رشد مطلوب + امتیاز ۴-۵ ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش موارد مشکل دار

وضعیت رشد مطلوب + امتیاز ۰-۳ ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت آموزش موارد مشکل دار به مادران در جلسات آموزش گروهی + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش های تغذیه ارائه شده در ملاقات اول و اصلاح الگوی تغذیه

کلیه موارد نامطلوب (بجز زیر 3SD-) و با هر امتیاز ← مراقبت ویژه، پیگیری، آموزش + ارجاع به کارشناس تغذیه

قد برای سن و یا وزن برای سن زیر 3SD- با هر امتیاز ← ارجاع به پزشک ← ارجاع به کارشناس تغذیه

کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.

غربالگری تغذیه ای شیر خواران ۱۲-۶ ماهه

۱. معیار وضعیت رشد شیرخوار بر اساس وزن و قد: منحنی وزن برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD- و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD- و با کندی رشد یا توقف رشد یا منحنی با سیر نزولی یا زیر منحنی 3SD- با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند (با اداره کودکان چک شود) منحنی قد برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD- و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD- و با کندی رشد یا توقف رشد یا زیر منحنی 3SD- با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند (با اداره کودکان چک شود)
۲. معیار الگوی تغذیه: ۱. آیا شیر مادر غذای اصلی کودک است؟ ۱=بله ۰=خیر ۲. آیا نحوه مصرف مکمل آهن (زمان شروع، مقدار و مصرف مرتب) مطابق دستورالعمل است؟ ۱=بله ۰=خیر ۳. آیا نحوه مصرف مکمل ویتامین A&D یا مولتی ویتامین (زمان شروع، مقدار و مصرف مرتب) مطابق دستورالعمل است؟ ۱=بله ۰=خیر ۴. آیا نوع، نحوه و زمان شروع غذای کمکی طبق دستورالعمل است؟ ۱=بله ۰=خیر ۵. آیا عدم مصرف غذاهای غیرمجاز این گروه سنی رعایت می شود؟ ۱=بله ۰=خیر
۶. نحوه محاسبه امتیاز: گزینه ۱ = امتیاز گزینه خیر = ۰ امتیاز بیشترین امتیاز = ۵ امتیاز
۷. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱-وزن و قد ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات وضعیت رشد مطلوب و امتیاز کامل (۵ امتیاز) = تشویق مادر و تاکید بر ادامه تغذیه با شیر مادر و نحوه صحیح تغذیه در این سن. وضعیت رشد مطلوب + امتیاز ۴ ← عدم ارجاع + آموزش موارد مشکل دار وضعیت رشد مطلوب + امتیاز ۳-۰ ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت آموزش موارد مشکل دار به مادران در جلسات آموزش گروهی + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش های تغذیه ارائه شده در ملاقات اول و اصلاح الگوی تغذیه کلیه موارد نامطلوب (بجز زیر 3SD-) و با هر امتیاز ← مراقبت ویژه، پیگیری، آموزش + ارجاع به کارشناس تغذیه

وزن برای سن و یا قد برای سن زیر 3SD- با هر امتیاز ← ارجاع به پزشک ← ارجاع به کارشناس تغذیه
 کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی
 و سپس از پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.

غربالگری تغذیه ای کودکان ۶-۰ ماهه

۱. معیار وضعیت رشد شیرخوار بر اساس وزن و قد: منحنی وزن برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD- و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD- و با کندی رشد یا توقف رشد یا منحنی با سیر نزولی یا زیر منحنی 3SD- با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند (با اداره کودکان چک شود) منحنی قد برای سن: • مطلوب: مساوی و بالای منحنی 3 SD- و موازی با منحنی و صعودی • نامطلوب: بالای 3SD- و با کندی رشد یا توقف رشد یا زیر منحنی 3SD- با هر سیر منحنی + بالای صدک ۹۷ با شیب غیر موازی و تند (با اداره کودکان چک شود)
۲. معیار الگوی تغذیه: ۱. آیا شیرخوار تغذیه انحصاری با شیر مادر دارد؟ ۱ = بله ۰ = خیر ۲. آیا زمان شروع و/یا نحوه مصرف مکمل ویتامین A&D (شامل مقدار و نظم مصرف) و یا قطره آهن در مورد نوزادان نارس مطابق دستورالعمل است؟ ۱ = بله ۰ = خیر
۳. نحوه محاسبه امتیاز: گزینه بله = ۱ امتیاز گزینه خیر = ۰ امتیاز بیشترین امتیاز = ۲ امتیاز
۴. نحوه تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱-وزن و قد ۲- امتیاز بدست آمده از سوالات وضعیت رشد مطلوب و امتیاز کامل (۲ امتیاز) = تشویق مادر و تاکید بر ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر و نحوه صحیح تغذیه در این سن وضعیت رشد مطلوب + امتیاز ۱ ← عدم ارجاع به کارشناس تغذیه + آموزش مورد مشکل دار وضعیت رشد مطلوب + امتیاز ۰ ← ارجاع به کارشناس تغذیه جهت آموزش موارد مشکل دار به مادران در جلسات آموزش گروهی + تعیین زمان مراجعه مجدد یک ماه بعد به مراقب سلامت جهت کنترل میزان پیروی از آموزش های تغذیه ارائه شده در ملاقات اول و اصلاح الگوی تغذیه کلیه موارد نامطلوب (بجز زیر 3SD-) و با هر امتیاز ← مراقبت ویژه، پیگیری، آموزش + ارجاع به کارشناس تغذیه وزن برای سن و یا قد برای سن زیر 3SD- با هر امتیاز ← ارجاع به پزشک ← ارجاع به کارشناس تغذیه کلیه افرادی که بیماری تشخیص داده شده دارند، پس از غربالگری تغذیه ای توسط مراقب سلامت، ابتدا به پزشک جهت انجام مراحل درمانی

پرسشنامه ارزیابی درد ایسکمیک قلبی (برای افراد بالای ۴۰ سال)

Rose Questionnaire

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

۱. آیا تاکنون احساس درد و ناراحتی بر روی قفسه سینه خود داشته اید؟

(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (stop) (۳) به یاد ندارم

۲. آیا این درد و ناراحتی در قفسه سینه شما هنگام بالا رفتن از سر بالایی و یا عجله کردن یا با سرعت دویدن بوجود آمد؟

(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (stop) (۳) به یاد ندارم

۳. آیا این درد هنگام راه رفتن روی سطح صاف و بدون شیب بوجود می آید؟

(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (stop) (۳) به یاد ندارم

۴. وقتی این درد و ناراحتی را روی قفسه سینه خود احساس می کنید چه عکس العملی نشان می دهید؟

(۱) توقف میکنم ☐ (۲) سرعتم را کاهش می دهم ☐ (۳) به فعالیت ادامه می دهم ☐ (stop)

۵. آیا این درد در قفسه سینه شما با توقف کردن تسکین می یابد؟

(۱) بلی ☐ (۲) خیر ☐ (stop) (۳) به یاد ندارم

۶. بعد از گذشت چه مدت از توقف درد قفسه سینه شما تسکین می یابد؟

(۱) ۱۰ دقیقه و کمتر ☐ (۲) بیشتر از ۱۰ دقیقه ☐ (stop) (۳) به یاد ندارم

۷. لطفا محل درد و ناراحتی در قفسه سینه خود را با علامت × روی شکل زیر مشخص کنید:



شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

محل امضاء:

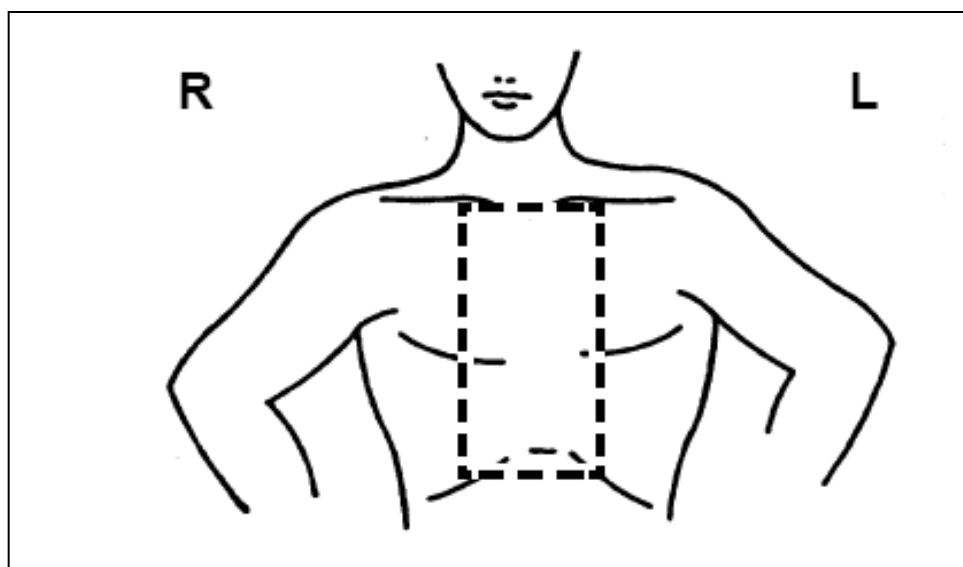
دستورالعمل تکمیل پرسشنامه ROSE

این پرسشنامه برای کلیه افراد بالای ۴۰ سال تکمیل خواهد شد.

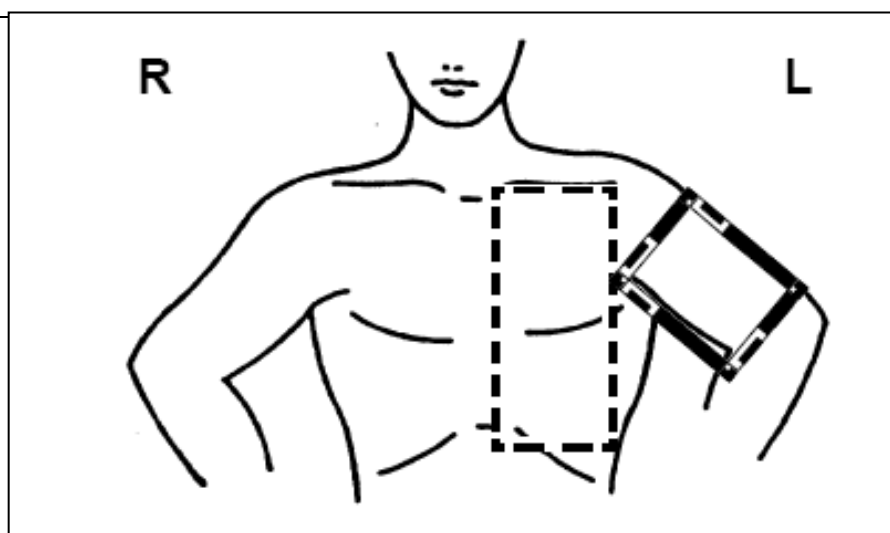
در قسمت اول پرسشنامه مشخصات فردی بر اساس مندرجات پرونده بیمار تکمیل خواهد شد (اطلاعات بر اساس شماره پرسنلی و کد فردی ذخیره و در فایل اطلاعات اکسل وارد خواهد شد)
نحوه تکمیل:

✓ در پاسخگویی به هریک از سوالات زیر، چنانچه به گزینه STOP رسیدید پرسشنامه را ادامه ندهید.

۱. اگر پاسخ بیمار به سوال اول بلی باشد، سوال دوم پرسیده و تکمیل گردد و اگر پاسخ بیمار به سوال اول منفی باشد تکمیل قسمت های بعدی انجام نخواهد شد
 ۲. اگر پاسخ به سوال دوم بلی باشد، سوال سوم پرسیده و تکمیل گردد و در صورت منفی بودن پاسخ مراجع به این سوال، تکمیل پرسشنامه متوقف می شود (لازم به ذکر است بالا رفتن از پله نیز راه رفتن در سر بالایی تلقی میشود)
 ۳. اگر پاسخ هر دو سوال ۱ و ۲ بلی باشد، بهتر است سوال سوم بدون پاسخ باقی نماند
توجه گردد چه پاسخ به این سوال مثبت و چه منفی باشد سوال چهارم بایستی پرسیده شود. در نظر داشته باشید تکمیل این سوال به پزشک در تشخیص وضعیت بیمار کمک خواهد کرد نه در ارزیابی نتیجه نهایی
 ۴. اگر پاسخ هر دو سوال ۱ و ۲ بلی باشد، بهتر است سوال چهارم بدون پاسخ باقی نماند
اگر پاسخ "توقف میکنم" و یا "سرعتم را کاهش می دهم" باشد سوال ۵ تکمیل خواهد شد و اگر پاسخ "به فعالیتیم ادامه می دهم" باشد تکمیل پرسشنامه متوقف خواهد شد
 ۵. اگر پاسخ هر دو سوال ۱ و ۲ بلی باشد و پاسخ سوال ۴ یکی از دو مورد "توقف میکنم"، "سرعتم را کاهش می دهم" باشد بهتر است این سوال بدون پاسخ باقی نماند.
اگر پاسخ این سوال بلی است، سوال ۶ تکمیل گردد
 ۶. بهتر است این سوال بدون پاسخ باقی نماند
 ۷. بهتر است این سوال بدون پاسخ باقی نماند
- در این حالت کلیه پرسش شوندگان باید محل های درد و ناراحتی یاد شده را بر روی قفسه سینه با علامت ✕ نشان دهند. پاسخ های قابل قبول عبارتست از:
- ۱) نمایش حد اقل یک ✕ بر روی شکل داخل کادر، ۲) عدم نمایش ✕ ۳) به یاد ندارم
۸. ارزیابی هشتم توسط پرسشگران تکمیل گردد:
- اگر در سوالات بالا به هریک از گزینه های (stop) رسیده باشند پاسخ این سوال منفی است و اگر به یک نمایش ✕ در انتهای ارزیابی رسیده باشند، قضاوت نهایی و OUTCOME بر اساس ثبت علامت بر روی هریک از کادر های زیر است
- ۱) محل درد در "یک سوم میانی قفسه سینه" (فاصله کلاویکول تا گزیفونید) است
 - ۲) محل علامت زده شده بر هر دو قسمت "چپ قفسه سینه" و "بازوی سمت چپ" باشد
 - ۳) عدم تطابق



توجه: علامت بایستی در
محدوده تعریف شده در
داخل کادر زده شده باشد



۹. درد فک به تنهایی به عنوان نتیجه مثبت تلقی نمی شود

۱۰. و نهایتاً پاسخ های مثبت و عدم برخورد به گزینه STOP به نفع OUTCOME مثبت و تشخیص درد های آنژیینی است .

- در این شرایط برای ارزیابی بیشتر به همراه انجام اقدامات تکمیلی بیمار را به متخصص قلب و عروق ارجاع دهید .
- پاسخ های هر پرسشنامه به ازای هر فرد (با ثبت کد فردی وی) در فایل اکسل پرسشنامه (منطبق با دستورالعمل) بایستی به صورت (صفر و یک) ثبت گردد.
- نتیجه انتهایی به صورت (صفر و یک) در فایل اکسل جمعیت شناسی در ستون نتیجه ارزیابی قلب و عروق به ازای هر فرد ثبت گردد.
- لازم است پاسخ ارزیابی متخصص قلب و عروق با ذکر تشخیص در فایل اکسل جمعیت شناسی ، ستون سایر بیماری ها ثبت گردد.



پدر و مادر عزیز:

سوالات زیر در باره مسائلی است که ممکن است فرزند شما را در طی یک ماه گذشته آزار داده باشد. لطفا در مورد هر سوال ، در ستونی که به بهترین شکل شدت این آزار را نشان می دهد علامت x بزنید. لطفا به تمام موارد پاسخ دهید. نتایج این پرسشنامه محرمانه است و تنها به شما اطلاع داده می شود.

نام فرزند	شماره پرسنلی	محل کاربیمه شده اصلی	تاریخ تولد	تاریخ تکمیل پرسشنامه	نام والد	نسبت تکمیل کننده پرسشنامه با فرزند
شماره تماس:						

هرگز	گاهی اوقات	اغلب	جمع
			۱. احساس غمگینی و غصه می کند.
			۲. احساس نا امیدی می کند.
			۳. از دست خودش عصبانی می شود.
			۴. خیلی نگران است.
			۵. به نظر می رسد که کمتر چیزی خوشحالش می کند.
جمع			
			۶. وول می خورد و نمی تواند آرام بنشیند.
			۷. خیلی خیال بافی می کند.
			۸. به آسانی حواسش پرت می شود.
			۹. نمی تواند تمرکز کند.
			۱۰. طوری رفتار می کند که انگار موتورش روشن شده است.
جمع			
			۱۱. با بقیه بچه ها دعوا می کند.
			۱۲. از قوانین پیروی نمی کند.
			۱۳. احساسات دیگران را نمی فهمد.
			۱۴. دیگران را دست می اندازد.
			۱۵. بخاطر مشکلات خودش، دیگران را سرزنش می کند.
			۱۶. نمی گذارد دیگران از وسایلش استفاده کنند.
			۱۷. چیزهایی را برمی دارد که مال او نیست.
جمع کل ۱۷ سوال :			

آیا هیچ گاه شده که از زندگی خسته شده و به مرگ فکر کند؟ ☐ خیر ☐ بله

آیا هیچ گاه شده که از زندگی خسته شده و به مرگ فکر کند؟ ☐ خیر ☐ بله

آیا کودک یا نوجوان شما هیچ مشکل رفتاری یا عصبی دارد که نیازمند مشاوره یا درمان باشد؟ ☐ خیر ☐ بله



نمره گذاری پرسشنامه
سلامت روان ۷ تا ۱۵ سال

نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های هرگز، گاهی اوقات و اغلب؛ به ترتیب اعداد صفر، یک و دو تعلق می گیرد.

هرگز	گاهی اوقات	اغلب
صفر	یک	دو

سوال ها در چند گروه تقسیم شده اند و هر گروه جداگانه نمره گذاری و محاسبه می شود.

جمع نمره سوالات ۱ تا ۵ (اگر نمره ۵ یا بالاتر از ۵ بود ، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید.)

جمع نمره سوالات ۶ تا ۱۰ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید.)

جمع نمره سوالات ۱۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۷ یا بالاتر از ۷ بود ،نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید.)

جمع نمره کل سوالات ۱ تا ۱۷ (اگر نمره ۱۵ یا بالاتر از ۱۵ بود، نوجوان را به پزشک ارجاع بدهید.)

اگر پاسخ هر یک از سوالات مربوط به خود کشی مثبت است این علامت را یک مورد اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته و بیمار را فوری به پزشک ارجاع بدهید.

دستورالعمل پرسش گری سؤالات غربال گری در حوزه سلامت روان برای گروه سنی ۱۵ سال به بالا

- قبل از پرسش گری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می خواهیم سؤالاتی در زمینه شرایط روان-شناختی و استرس های شما بپرسم.»
- برای خدمت گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسش گری شناسایی زودرس ناراحتی های احتمالی روانشناختی در افراد مراجعه کننده است. به این ترتیب افراد نیازمند به مشاوره برای دریافت خدمت ارجاع می شوند و بدین ترتیب می توان از بروز ناراحتی های روانشناختی پیشگیری نمود.»
- در خصوص حفظ رازداری اطمینان دهید: «مطالبی که در این جلسه مطرح می گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده سلامت شما می باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می ماند.»
- به خدمت گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام کارکنان و مراجعان انجام می شود.»
- به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخ گویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می کند.»
- سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.»
- پرسش گر گرامی بر روی جملاتی که زیر آن خط کشیده شده و کلماتی که برجسته شده اند، تأکید کنید.

نمره گذاری:

- نمره گذاری این پرسشنامه بدین ترتیب است که برای پاسخ های همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، اصلاً و بندرت به ترتیب اعداد ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر تعلق می گیرد. مجموع امتیازات هر پرسشنامه می تواند از حداقل صفر تا حداکثر ۴۰ باشد.

همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلاً
۴	۳	۲	۱	صفر

- افرادی که نمره ۱۵ یا بالاتر را کسب می کنند به عنوان «غربال مثبت» محسوب می گردند که جهت دریافت خدمات بعدی به پزشک/روانپزشک/روان شناس ارجاع می گردند.
- در صورت پاسخ بیشتر از ۳ مورد به گزینه (نمی داند/پاسخ نمی دهد) ارجاع به پزشک/روانپزشک/روان شناس صورت گیرد.

پرسشنامه ارزیابی دیسترس روانشناختی

سوالاتی که از شما پرسیده می شود، در مورد حالت هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سوال می توانید بگوئید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت یا اصلاً.

۱- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید بدون دلیل مشخصی خیلی خسته هستید و هیچ انرژی ندارید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۲- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۳- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید به شدتی مضطرب و عصبی هستید که هیچ چیز نمی تواند شما را آرام کند؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۴- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۵- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۶- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی بی قرار بودید که نمی توانستید یک جا بنشینید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۷- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۸- چقدر در ۳۰ روز گذشته به شدتی افسرده و غمگین بودید که هیچ چیزی خوشحالتان نمی کرد؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۹- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐
۱۰- چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	(۱) همیشه ☐	(۲) بیشتر اوقات ☐	(۳) گاهی اوقات ☐	(۴) بندرت ☐	(۵) اصلاً ☐	(۹) نمی داند/پاسخ نمی دهد ☐

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

محل امضاء :

به نام خدا

پرسشنامه غربالگری آسم و آلرژی

ECRHS SCREENING QUESTIONNAIRE

این پرسشنامه بر مبنای یکی از پرسشنامه های معتبر غربالگری اروپا جهت بررسی علائم آلرژی های تنفسی طرح ریزی شده است امید است با همکاری شما بتوانیم گامی موثر در تخمین میزان شیوع بیماری های آسم و آلرژی در کارکنان و خانواده محترم صنعت نفت و برنامه ریزی جهت کنترل این بیماری ها در صنعت نفت برداریم. لازم به ذکر است اطلاعات پرسشنامه شما محرمانه خواهد بود.

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تکمیل پرسشنامه: ۱۳ / /
جنس: ☐ زن ☐ مرد	تاریخ تولد: ۱۳ / /
شماره پرسنلی:	نسبت:
محل کار:	شهر محل کار:
وضعیت شغلی: ☐ شاغل ☐ بازنشسته	تلفن محل کار:
وضعیت سکونت: ☐ ساکن ☐ اقماری	تلفن منزل:
شهر محل سکونت:	تلفن همراه:
تحصیلات:	سابقه کار در صنعت نفت: سال / ماه

خواهشمند است با مطالعه دقیق پرسشنامه به سوالات زیر پاسخ بلی یا خیر بدهید. اگر به پاسخ اطمینان ندارید لطفا پاسخ خیر را انتخاب کنید.

۱- آیا در ۱۲ ماه گذشته هیچگاه دچار خس خس سینه یا شنیدن صدای سوت در سینه خود شده اید؟

☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسخ خیر است به سوال ۲ مراجعه کنید و اگر پاسخ بلی است به دو سوال زیر نیز پاسخ دهید

۱-۱- آیا همزمان با خس خس سینه احساس تنگی نفس هم داشته اید؟

☐ بلی ☐ خیر

۱-۲- آیا خس خس سینه یا شنیدن صدای سوت در سینه هنگامیکه سرماخوردگی نداشتید هم وجود داشته است؟

بلی ☐ خیر ☐

۲- آیا در ۱۲ ماه گذشته به علت احساس فشار در قفسه سینه از خواب بیدار شده اید؟

بلی ☐ خیر ☐

۳- آیا در ۱۲ ماه گذشته به علت حمله تنگی نفس از خواب بیدار شده اید؟

بلی ☐ خیر ☐

۴- آیا در ۱۲ ماه گذشته به علت حمله سرفه از خواب بیدار شده اید؟

بلی ☐ خیر ☐

۵- آیا در ۱۲ ماه گذشته حمله آسم داشته اید؟

بلی ☐ خیر ☐

۶- آیا در حال حاضر دارویی برای درمان آسم مصرف میکنید؟ (مانند اسپری، قرص و داروهای استنشاقی)

بلی ☐ خیر ☐

۷- آیا تاکنون علائم آلرژی بینی داشته اید؟ (مانند عطسه، آب ریزش بینی و گرفتگی و خارش بینی غیر از مواقع سرماخوردگی)

بلی ☐ خیر ☐

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

محل امضاء :

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

شاد و سلامت باشید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

محل امضاء :

پرسشنامه ارزیابی سلامت روان برای سالمندان

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن ☐

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

پاسخنامه 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
نمره کل مساوی ۶ یا بیشتر		• 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 کمتر از ۶		• مراجعه یک سال بعد • در صورت بروز علائم مراجعه در زمان زودتر	

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت



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 ☐

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

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

امضاء:

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	امتیازسوال	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 ، درآوردن 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	توالت رفتن	قادر است به توالت رفته ، کارش را انجام دهد ، شستشو کند ، لباس هایش را بپوشد و خارج شود	۱	
		برای رفتن به توالت 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 غذاخوردن دارد یا تغذیه وریدی دارد .	۰	
جمع امتیاز فرد				

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت

امضاء:

پرسشنامه ارزیابی بی اختیاری ادرار

نام و نام خانوادگی:

کد فردی:

تاریخ تولد:

تاریخ تکمیل فرم:

نام مرکز سلامت خانواده:

جنس: زن ☐ مرد ☐

☐

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

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:.....

شاد و سلامت باشید

امضاء:

واحد سلامت خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت



فرم آمار ماهیانه طرح سلامت دهان و دندان

بهداشت و درمان صنعت نفت

اطلاعات جمعیتی منطقه....

بازنشستگان و خانواده	شاغلین و خانواده	
		جمعیت کل
		تعداد افراد تحت پوشش قرار گرفته در طرح (تعداد افراد معاینه و ثبت شده در فرم) در ماه در سال

تعداد دندانپزشکان شاغل در طرح تعداد بهداشتکاران دهان و دندان شاغل در طرح

بازنشسته	شاغلین		اقدامات انجام شده	
	خانواده	فرد شاغل		
			تعداد افراد معاینه و ثبت شده در طرح	
			تعداد خدمات بروساز انجام شده	
			تعداد خدمات فلوراید تراپی دو فک	
			تعداد خدمات جرمگیری دو فک انجام شده	
			تعداد خدمات فیشورسیلانت انجام شده	
			ترمیمی	نتایج معاینات ماهیانه دندانپزشکی نیاز به درمانهای
			درمان ریشه	
			پریودنتال	
			کشیدن دندان و جراحی	
			ارتودنسی	
			پروتزهای دندانی	
			دندانپزشکی اطفال	
			سایر موارد	

مهر و امضاء رئیس بخش دندانپزشکی منطقه

تهیه کننده



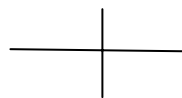
بهداشت و درمان:

مرکز دندانپزشکی:

« فرم اطلاع و ارجاع بیماران جهت نیازهای پیشگیری و درمانی

دندانپزشکی طرح سلامت دهان و دندان »

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



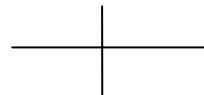
۸- ترمیم



۱- رادیوگرافی OPG



۹- عصب کشی



۲- رادیوگرافی B.W



۱۰- ارتودنسی



۳- رادیوگرافی P.A



۱۱- پروتز



۴- جرم گیری و بروساژ



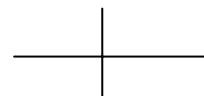
۱۲- مشاوره پریو



۵- فلوراید تراپی



۱۳- جراحی لثه



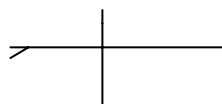
۶- فیشورسیلانت



۱۴- جراحی دندان



۷- بروساژ



۱۵- کشیدن

مهر و امضاء

دوره	تاریخ	درمان های انجام شده	پزشک معالج
اول			
دوم			
سوم			
چهارم			
پنجم			



نام مرکز بهداشتی درمانی:.....

فرم سلامت دهان و دندان (شماره ۶)



نام و نام خانوادگی:

شماره پرسنلی:

بازنشسته ☐ شاغل ☐

محل کار:.....

جنس:

مؤنث ☐ مذکر ☐

تاریخ تولد:.....

کد نسبت :

چارت دندانی

۵۵ ۵۴ ۵۳ ۵۲ ۵۱ ۶۱ ۶۲ ۶۳ ۶۴ ۶۵

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

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

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

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

۸۵ ۸۴ ۸۳ ۸۲ ۸۱ ۷۱ ۷۲ ۷۳ ۷۴ ۷۵

وضعیت سالم پوسیده پر شده یا پوسیدگی پر شده بدون پوسیدگی فقدان دندان پایه بریج یا روکش

شیری	A	B	C	D	E	G
دائمی	۰	۱	۲	۳	۴	۷

اقدامات دندان پزشکی پیشگیری انجام شده:

نوع اقدام	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده	تاریخ اقدام	انجام دهنده
آموزش								
بروساز هر دو فک								
فلوراید تراپی دوفک								
جرمگیری دوفک کامل								
فیشر سیلانت دندان								

سابقه بیماری:..... قلبی ☐ ریوی ☐ دیابت ☐ خونی ☐ هپاتیت ☐ کلیوی ☐ تیروئید ☐ فشارخون ☐ آلرژی ☐

وضعیت پر یودنتال	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ
سالم								
وجود جرم								
ژئوبویت								
پر یودنتیت								

نیازهای درمانی:.....

تاریخ	ترمیمی	درمان ریشه	جراحی فک	درمانهای پر یودنتال	ارتودنسی	پروتزهای دندانی	مشاوره پزشکی

مهر و امضاء دندانپزشک



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 ☐ عصر ☐	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: ☐ زن ☐ مرد
نسبت با سرپرست: ☐ سرپرست ☐ همسر ☐ فرزند ☐ سایر		
تحصیلات: ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم و فوق دیپلم ☐ لیسانس و فوق لیسانس ☐ دکترا		

ردیف	سوال	پاسخ		
۱	آیا پزشک خانواده خود را می شناسید ؟	☐ بله	☐ خیر	☐ پزشک خانواده ندارم
۲	آیا نحوه پاسخگوئی و توضیحات پزشک خانواده در مورد بیماری و داروهای تجویز شده رضایتمند است؟	☐ بله	☐ خیر	☐ نظری ندارم
۳	آیا طرز برخورد و نحوه بیان توضیحات پزشک خانواده مورد رضایت است ؟	☐ بله	☐ خیر	☐ نظری ندارم
۴	آیا پزشک خانواه وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نماید ؟	☐ بله	☐ خیر	☐ نظری ندارم
۵	آیا دقت پزشک خانواه در انجام معاینات و ارزیابی بیماری شما مطلوب می باشد؟	☐ بله	☐ خیر	☐ نظری ندارم
۶	آیا از نتایج درمانی بدست آمده راضی هستید ؟	☐ بله	☐ خیر	☐ نظری ندارم
۷	آیا از نحوه انجام معاینه دوره ای توسط پزشک خانواده و پیگیری بعدی وی رضایت دارد ؟	☐ بله	☐ خیر	☐ معاینه دوره ای نشده ام
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 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 ☐ عصر ☐ تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن: ☐ جنس: ☐ زن ☐ مرد
نسبت با سرپرست:	☐ سرپرست ☐ همسر ☐ فرزند ☐ سایر
تحصیلات:	☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم و فوق دیپلم ☐ لیسانس و فوق لیسانس ☐ دکترا

ردیف	سوال	پاسخ		
۱	آیا پرستار خانواده خود را می شناسید؟	☐ بله	☐ خیر	☐ پرستار خانواده ندارم
۲	آیا نحوه پاسخگوئی و توضیحات پرستار خانواده در مورد تکمیل پرسشنامه های سلامت ، تکمیل پرونده و یا فرم و معاینه شما مورد رضایت است؟	☐ بله	☐ خیر	این خدمت را دریافت نکردم ☐
۳	آیا طرز برخورد و نحوه بیان توضیحات پرستار خانواده مورد رضایت است؟	☐ بله	☐ خیر	نظری ندارم ☐
۴	آیا پرستار خانواده وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نماید؟	☐ بله	☐ خیر	نظری ندارم ☐
۵	آیا نحوه ارائه آموزش های لازم توسط پرستار شما مطلوب می باشد؟	☐ بله	☐ خیر	آموزش دریافت نکردم ☐
۶	آیا از نحوه تماس و پیگیری پرستار خانواده رضایت دارد؟	☐ بله	☐ خیر	این خدمت را دریافت نکردم ☐
۷	آیا از نحوه ارائه خدمات پرستاری (تزریقات، پانسمان، سرم و ...) و توضیحات پرستار در باره عوارض احتمالی انجام این خدمت راضی هستید؟	☐ بله	☐ خیر	این خدمت را دریافت نکردم ☐
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 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 ☐ عصر ☐	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن ☐ مرد ☐
نسبت با سرپرست: سرپرست ☐ همسر ☐ فرزند ☐ سایر ☐		
تحصیلات: زیر دیپلم ☐ دیپلم و فوق دیپلم ☐ لیسانس و فوق لیسانس ☐ دکترا ☐		

ردیف	سوال	پاسخ		
۱	آیا کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) خود را می شناسید ؟	بله ☐	خیر ☐	این خدمت را دریافت نکردم ☐
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 ☐	خیر ☐	این خدمت را دریافت نکردم ☐
۳	آیا طرز برخورد و نحوه بیان توضیحات بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) مورد رضایت است ؟	بله ☐	خیر ☐	نظری ندارم ☐
۴	آیا کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نماید ؟	بله ☐	خیر ☐	نظری ندارم ☐
۵	آیا نحوه ارائه آموزش های لازم توسط کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) شما مطلوب می باشد؟	بله ☐	خیر ☐	آموزش دریافت نکردم ☐
۶	آیا از نحوه تماس و پیگیری کارشناس بهداشت خانواده (ماما و پایش رشد) رضایت دارید ؟	بله ☐	خیر ☐	این خدمت را دریافت نکردم ☐
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 ☐	خیر ☐	این خدمت را دریافت نکردم ☐
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 ☐ عصر ☐	تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن:	جنس: زن ☐ مرد ☐
نسبت با سرپرست:	سرپرست ☐ همسر ☐ فرزند ☐ سایر ☐	
تحصیلات:	زیر دیپلم ☐ دیپلم و فوق دیپلم ☐ لیسانس و فوق لیسانس ☐ دکترا ☐	

ردیف	سوال	پاسخ		
۱	آیا نحوه پاسخگویی و بیان کارکنان پذیرش در تحویل و تکمیل پرونده مورد رضایت است؟	بله ☐	خیر ☐	پرونده ندارم ☐
۲	آیا نحوه راهنمایی و پاسخگویی کارکنان پذیرش در مورد زمان حضور پزشک و کلینیک های تخصص مورد رضایت است؟	بله ☐	خیر ☐	نظری ندارم ☐
۳	آیا نحوه نوبت دهی و ارائه اطلاعات توسط پذیرش مرکز مورد رضایت است؟	بله ☐	خیر ☐	نظری ندارم ☐
۴	آیا طرز برخورد و نحوه بیان کارکنان پذیرش مورد رضایت است؟	بله ☐	خیر ☐	نظری ندارم ☐
۵	آیا کارکنان پذیرش وضعیت ظاهری و آراستگی مناسبی را رعایت می نمایند؟	بله ☐	خیر ☐	نظری ندارم ☐
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 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 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 ☐ عصر ☐ تاریخ تکمیل فرم:
کد فردی:	سن: جنس: زن ☐ مرد ☐
نسبت با سرپرست: سرپرست ☐ همسر ☐ فرزند ☐ سایر ☐	
تحصیلات: زیر دیپلم ☐ دیپلم و فوق دیپلم ☐ لیسانس و فوق لیسانس ☐ دکترا ☐	

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

با سپاس

واحد سلامت خانواده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

شکل ۱. نمونه گواهی فوت

سرگرم	نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره ملی: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه: جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ فوت: روز ماه سال شماره سریال:	
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران سازمان ثبت احوال کشور گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز شماره ثبت در سامانه:	
لطفاً قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید		
مشخصات عمومی متوفی	۱- وضعیت شناسنامه: ☐ دارای شناسنامه ☐ عدم دسترسی به شناسنامه ☐ فاقد شناسنامه ☐ ۲- نام: نام خانوادگی: نام پدر: ۳- شماره ملی: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه: ۴- جنس: مرد ☐ زن ☐ نامشخص ☐ ۵- ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐ ۶- شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: نامشخص ☐ ۷- شغل: ۸- شماره ملی سرپرست خانوار: ۹- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/پهت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐ توجه: در صورتی که متوفی سن بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد ردیف های ۱۳ تا ۱۵ تکمیل گردد.	
	۱۰- نام و نام خانوادگی مادر: سن مادر: سال ۱۱- وضعیت سواد: بی سواد ☐ ابتدایی/پهت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐ ۱۲- تاریخ تولد: روز ماه سال تاریخ به حروف: ۱۳- تاریخ فوت: روز ماه سال تاریخ به حروف:	
	۱۴- آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: خیابان: کوچه: پلاک: کدپستی: تگن ثابت: کد: ۱۵- آدرس محل فوت: کشور: استان: شهرستان: بخش: شهر/روستا: ۱۶- مکان فوت: منزل ☐ بیمارستان/مرکز جراحی محدود ☐ مرکز درمانی سریایی ☐ ملایر و اماکن عمومی ☐ آسایشگاه ☐ نامشخص ☐ سایر (مشخص شود):	
	اگر متوفی زن در سن باروری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد. ۲۱- وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) ☐ باردار بوده است ☐ در حین زایمان فوت کرده است ☐ طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است ☐ وضعیت بارداری نامشخص است ☐	
تاریخ	توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و ... نباید نوشته شوند	
	۲۲- علل فوت قسمت اول: زنجیره وقایع، بیماری ها، مدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند (الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: (ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: (ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: (د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است: قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند: (ه) (و)	
	کد ICD-10: کد ICD-10 توسط کدزیت می شود	
مهر و امضای پزشک	۲۳- نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی: نام موبعد: شماره نظام پزشکی: تاریخ صدور گواهی: روز ماه سال مهر موبعد	
	۲۴- نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن: شماره نظام پزشکی: دفن متوفی فلا ملاح است مهر و امضای پزشک	

شکل ۲) علل مرگ در گواهی فوت

فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ	کد ICD-10	۲۲- علل فوت	علل فوت				
یک..... سال.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>					قسمت اول: زنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند. الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:.....نارسایی مزمن کلیه.....	
..... سال.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:.....دیابت نفروتیک.....		
..... سال.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:.....دیابت نوع دوم.....		
..... سال.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:.....		
کدهای ICD-10 توسط کد کنار ثبت میشود.		قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند.					
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				(ه)		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					(و)	