

طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت
شناسنامه سلامت بانوان ایران - فرم شماره ۱ (ارزیابی دوره‌ای سلامت زنان میانسال)

۱- مشخصات فردی									
نام		نام خانوادگی		کد ملی		شغل		تاریخ تولد	
.....	/...../.....	
وضعیت تأهل: متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدا از همسر <input type="checkbox"/> (فوت همسر <input type="checkbox"/> طلاق <input type="checkbox"/> دوری بیش از ۶ ماه به دلایل دیگر <input type="checkbox"/>)									
آدرس محل سکونت: کد پستی: تلفن:									
آدرس محل کار: تلفن:									
بیمه پایه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمه تکمیلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> تحت پوشش سازمانهای حمایتی و خیریه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>									

۲- تن سنجی								
اندازه‌گیری	اندازه	شاخص	اندازه	طبیعی BMI=۱۸.۵-۲۴.۹ <۸۸ دورکم	لاغری BMI < ۱۸.۵	اضافه وزن BMI=۲۵-۲۹.۹	چاقی BMI ≥ ۳۰	چاقی شکمی ≥ ۸۸ دورکم
قد (متر)		نمایه توده بدنی (وزن تقسیم بر مجذور قد)						
وزن (کیلوگرم)		دور کم (سانتی‌متر)						

۳- شیوه زندگی		
۳-۱ تغذیه		
ممنوعیت/ محدودیت/ رژیم غذایی خاص	ندارد	دارد
در یک سال گذشته	نوع	علت

مصرف گروه‌ها و مواد غذایی	میزان مصرف	میزان مطلوب	مطلوب	نامطلوب	عادات غذایی نامناسب	ندارد	دارد
تعداد واحد مصرفی معمول روزانه لبنیات	۲-۳				مصرف معمول هفتگی فست فود، سوسیس، کالباس، پیتزا و...		
تعداد واحد مصرفی معمول روزانه سبزیها	۳-۵				مصرف معمول هفتگی نوشیدنی‌های گازدار و آبمیوه صنعتی		
تعداد واحد مصرفی معمول روزانه میوه‌ها	۲-۴				مصرف روغن جامد (نباتی و حیوانی)		
سایر موارد نیازمند توصیه برای خود مراقبتی: (مصرف ماهی، حبوبات، تخم مرغ، مواد غذایی تازه، طبخ بخارپز و آب پز و تنوری، نان سبوس دار، جداسازی پوست مرغ و چربی گوشت و.....)							
استفاده از نمکدان سرفره توسط فرد							
سایر عادات غذایی نامناسب (مصرف زیاد سرخ کردنی/ انواع شیرینی / تنقلات کم ارزش/.....)							

۳-۲ فعالیت جسمانی							
ندارد (علت)	دارد	فعالیت جسمانی مطلوب = فعالیت جسمانی منظم و مستمر با شدت متوسط، حداقل ۳۰ دقیقه در روز، ۵ روز یا ۱۵۰ دقیقه در هفته (توضیح بیشتر در راهنما)					
	نوع	شدت	مدت در روز (دقیقه)	تعداد روزها در هفته	زمان در هفته (دقیقه)	مطلوب	نامطلوب
	پیاده‌روی.....						
	کار / شغل همراه با فعالیت بدنی.....						
	ورزش و سایر تمرینات تفریحی ورزشی (.....)						
	سایر فعالیتهای جسمانی.....						

۳-۳ استعمال دخانیات / اختلال مصرف مواد / مصرف غیر پزشکی داروهای آرام بخش				
ماده مصرفی	ندارد	دارد		
		نوع ماده مصرفی	دفعات استعمال روزانه/هفتگی/ماهانه/.....	طول مدت مصرف (ماه، سال)
دخانیات (سیگار، قلیان، چپق، ..)				
انواع نوشیدنیهای الکلی				
* داروهای آرام بخش یا خواب آور				
** مواد اعتیاد آور افیونی، محرک				
آفتامینی و انواع حشیش				

* دیازپام، آلپرازولام، فنوباربیتال و... بدون تجویز یا مقدار/ دفعات بیش از تجویز پزشک * تریاک، شیره، سوخته، هرویین، سیگاری، گراس، بنگ، شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، تراما دول، کدین و...

۴- ارزیابی روانشناختی*	همیشه (۴)	بیشتر (۳)	گاهی (۲)	بندرت (۱)	اصلا (۰)
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید مضطرب و عصبی هستید؟					
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟					
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری می کردید؟					
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟					
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن هر کار برای شما خیلی سخت است؟					
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟					

* اصلا (۰)، بندرت (۱)، گاهی (۲)، بیشتر اوقات (۳)، همیشه (۴) امتیاز: کمتر از ۱۰ = دیسترس روانشناختی ندارد (طبیعی) ۱۰ و بالاتر = دیسترس روانشناختی دارد

۵- ایمن سازی، آلرژی، مواجهات شغلی / مکمل یاری	
موضوع	ندارد
نیاز به واکسیناسیون	نوع واکسن مورد نیاز: دوگانه <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> آنفلوانزا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
عارضه / آلرژی دارویی / غذایی	نام دارو / غذا نوع عارضه
مواجهه با عوامل زیان آور شغلی	نوع عامل: شیمیایی <input type="checkbox"/> فیزیکی <input type="checkbox"/> بیولوژیک <input type="checkbox"/> ارگونومیک <input type="checkbox"/> نام عامل
تزریق واکسن..... انجام شد <input type="checkbox"/>	تجویز مکمل ویتامین دی و آموزش مصرف آن انجام شد <input type="checkbox"/>
نیاز به بررسی یا اقدام تکمیلی توسط پزشک/کارشناس تغذیه از نظر شیوه زندگی و بخش ۴ و ۵: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>	دفترچه های خودارزیابی تحویل و روش استفاده از آن آموزش داده شد <input type="checkbox"/>
نوع اقدام	

نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت سمت تاریخ / / علت مراجعه بعدی.....

۶- سلامت باروری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات سبا به پس از زایمان موکول و در صورت تمایل به بارداری طی یک سال آینده خدمات سبا و مراقبت پیش از بارداری انجام شود.

۶-۱) سوابق و شرح حال								
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی	سن اولین قاعدگی..... سن اولین زایمان.....							
تعداد بارداری	تعداد بارداری							
تعداد زایمان	تعداد زایمان							
سابقه شیردهی (ماه)..... سن یائسگی قطعی.....	استفاده از روش پیشگیری از بارداری: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>							
نوع روش	مدت استفاده.....							
وضعیت باروری	بلی	خبر	علائم و شکایات کنونی	بلی (نوع)	خبر	علائم / شکایات / بیماری فعلی	بلی (نوع)	خبر
بارداری / احتمال بارداری			ترشح واژینال غیرطبیعی			اختلال رابطه زناشویی، جنسی		
تمایل به بارداری تا یک سال بعد			زخم یا ضایعه در ناحیه تناسلی			گرگرفتگی / تعریق شبانه		
شیردهی در حال حاضر			ترشح مجرا / زخم تناسلی همسر			احساس خشکی واژن		
سابقه هورمون درمانی			بی نظمی قاعدگی / الیگومنوره /			بی اختیاری ادراری		
سابقه سقط / مرده زایی / ماکروزومی			آمتوره / هیپو منوره			سایر علائم و شکایات کنونی		
ناباروری (مردانه، زنانه، اولیه، ثانویه، علت			خونریزی رحمی (منو مترو رژی) /			بیماری تشخیص داده شده فعلی (پولیپ، فیبروم و PCO و.....)		

۶-۲) معاینات					
معاینه ژنیکولوژی / آموزش همزمان کگل	دارد (نوع)	ندارد	معاینه پستان / آموزش همزمان خود آزمایی	دارد (نوع)	ندارد
زخم / ضایعه / نمای غیرطبیعی در پرینه یا ولو			نمای ظاهری غیرطبیعی (اندازه، قرینگی)		
ترشح واژینال غیرطبیعی (عفونت آمیزشی)			تغییرات پوستی / تغییرات غیر طبیعی نیپل		
آتروفی / خشکی و شکنندگی واژن / واژینیسموس			ترشح از پستان (خودبخودی، خونی، چرکی و.....)		
ضایعات سرویکس (سرویسیت، پولیپ و.....)			توده پستان (محل، قوام، اندازه، چسبندگی و.....)		
وضعیت غیر طبیعی در معاینه رحم و آدنکسها			توده زیر بغل / فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل)		
شلی عضلات کف لگن و درجه آن (رحم، مثانه، رکتوم، مجرا)			سایر		
آموزش ورزش کگل انجام شد <input type="checkbox"/>			آموزش خود آزمایی پستان انجام شد <input type="checkbox"/>		

۶-۳) پاراکلینیک					
در مورد پاپ اسمیر آموزش داده شد <input type="checkbox"/> نمونه پاپ اسمیر تهیه شد <input type="checkbox"/> تهیه نشد <input type="checkbox"/> علت					
نوع آزمایش	تاریخ انجام	نتیجه آخرین آزمایش	تاریخ انجام	نتیجه آخرین آزمایش	تاریخ انجام
پاپ اسمیر*		طبیعی	غیر طبیعی	نامشخص	پارا کلینیک بعدی
ماموگرافی**		طبیعی	غیر طبیعی	نامشخص	پارا کلینیک بعدی
نیاز به معاینه، بررسی، درخواست پاراکلینیک یا اقدام تکمیلی توسط پزشک از نظر سلامت باروری: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نوع اقدام.....					

* پاپ اسمیر: طبیعی= نرمال، متاپلازی - غیر طبیعی = کد ۱. التهاب، کد ۲. ASCUS، کد ۳. مشکوک به بدخیمی (دیس پلازی، نئو پلازی، HSIL، LSIL و...) - نامشخص/ نیازمند تکرار: عدم کفایت یا نمونه ناموفق

** ماموگرافی: - طبیعی (BIRAD یک) - غیر طبیعی / نیازمند پیگیری = کد ۲: BIRAD دو (تغییرات خوش خیم، کد ۳: BIRAD سه (احتمالا خوش خیم: لزوم پیگیری و تکرار مامو گرافی)،

کد ۴: BIRAD چهار و کد ۵: BIRAD پنج (مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی) - نامشخص: BIRAD صفر (ارزیابی ناقص)

نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت سمت تاریخ / / علت مراجعه بعدی.....

۷- شرح حال و سوابق پزشکی

۷-۱ شکایات فعلی / بیماری کنونی	ندارد	دارد
نوع شکایت / بیماری مدت ابتلا وضعیت فعلی به اظهار مراجعه کننده		

۷-۲ سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری / عامل خطر و مصرف دارو. در صورت ابتلای فرد به یک بیماری نیازی به بررسی همان بیماری در بستگان او نیست، اما ممکن است تشکیل پرونده بستگان ضروری باشد.

نام بیماری / عامل خطر	فرد(نوع)	نوع داروی مصرفی	بستگان	نام بیماری / عامل خطر	فرد(نوع)	نوع داروی مصرفی	بستگان
بیماری قلبی عروقی				بیماری های تیروئید			
سکته مغزی، سکته قلبی				افسردگی، اضطراب، سایکوز و.....			
فشار خون بالا				نورو لوژیک (صرع،.....)			
دیابت / دیابت بارداری				مزمین واگیر (هیپاتیت، ایدز، سل،.....)			
اختلال چربی خون				کلیوی (سنگ / نارسایی / عفونت)			
استئوپروز				بیماری گوارشی			
آرتروز				بیماریها و اختلالات ژنتیک			
بیماری تنفسی				سرطان			
کم خونی				سایر بیماریها / عوامل خطر			
اختلالات انعقادی				سابقه بستری، جراحی (علت)			

۸- علائم بیماری های جسمی و روانی

علائم	ندارد	دارد (نوع)	علائم	ندارد	دارد (نوع)
درد/ احساس فشار در قفسه سینه			تب، لرز، تعریق، بی اشتهایی بیش از دو هفته		
تنگی نفس (در فعالیت/ استراحت)			ضعف، بی حالی، خستگی زودرس یا مداوم / شکایات جسمی متعدد بدون علت واضح		
سرفه دو هفته و بیش تر / خلط مداوم / خس خس مکرر و عودکننده سینه			اختلال خواب		
شکایت ادراری (تکرر، سوزش، بی اختیاری ادرار، پررنگ شدن ادرار)			دیسترس روانشناختی (بر اساس آزمون K6)		
تغییر رنگ یا شکل ضایعات پوستی قبلی یا ایجاد ضایعات جدید بدون بهبودی			افکار خودکشی (در فرد دارای سابقه اختلال روانی یا K6 مثبت)		
دردهای عضلانی، استخوانی و مفصلی / کمر درد			سایر علائم روانی.....		
درد شکم/ مشکل اجابت مزاج یا بلع / مدفوع خونی یا تیره/ سایر مشکلات گوارشی (یک ماه و بیشتر)			سایر علائم جسمی		

۹- معاینات

نوع معاینه / اندازه گیری	طبیعی	غیر طبیعی	نوع معاینه	طبیعی	غیر طبیعی
وضعیت ظاهری (روان)			سمع قلب		
وضعیت ظاهری (جسم)			سمع ریه		
فشار خون (mmHg)*			لمس تیروئید		
سایر اندازه گیری های تکمیلی در صورت لزوم.....			سایر معاینات تکمیلی در صورت لزوم (اسکلتی عضلانی، غدد لنفاوی، شکم، پوست و.....)		

۱۰- آزمایش ها**

۱۰-۱ (آزمایش های عمومی (مقادیر در خانه مربوطه نوشته شود) تاریخ درخواست تاریخ انجام)								
نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آزمایش	طبیعی	غیر طبیعی
Hb/Hct			کلسترول کل			LDL		
FBS			تری گلیسرید			HDL		
۱۰-۲ (پاراکلینیک تکمیلی در صورت لزوم (مقادیر در خانه مربوطه نوشته شود) تاریخ درخواست تاریخ انجام)								
خون / ادرار / مدفوع	طبیعی	غیر طبیعی	خون / ادرار / مدفوع	طبیعی	غیر طبیعی	تصویر برداری	طبیعی	غیر طبیعی

* فشارخون طبیعی = کمتر از ۱۲۰/۸۰، پره هایپر تنشن = سیستول بین ۱۲۰ تا ۱۳۹ و دیاستول بین ۸۰ تا ۸۹، فشار خون بالا = سیستول ۱۴۰ و بالاتر و دیاستول ۹۰ و بالاتر

** آزمایشها: مقادیر زیر، مقادیر طبیعی برای افراد سالم و فاقد عامل خطر می باشد. در همه موارد برای تعیین اندازه های طبیعی و غیر طبیعی در بیماران و افراد پرخطر به راهنما مراجعه کنید.

- کلسترول تام طبیعی = کمتر از ۲۰۰، ال دی ال طبیعی = کمتر از ۱۶۰، اچ دی ال طبیعی = ۵۰ و بیشتر، تری گلیسرید طبیعی مساوی یا کمتر از ۱۵۰

- قند خون طبیعی = مساوی یا کمتر از ۱۰۰،

- اختلال قند خون ناشتا = قند خون ناشتا بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۲۶، دیابت = دو نوبت قند پلاسمای ناشتا ۱۲۶ و بیشتر

- Hb طبیعی = بین ۱۲ و ۱۶، Hct طبیعی = بین ۳۶ و ۴۷

۱۰- تشخیص / طبقه‌بندی / اقدامات					
اقدامات			تشخیص / طبقه‌بندی / نتیجه ارزیابی		
توضیح اقدامات: آموزش / مشاوره رفتاری، تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی، واکسن، مکمل یاری، معاینه خاص، درمان غیر دارویی / دارویی، تهیه نمونه / درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی / درمانی			بیمار / مشکوک / در معرض خطر / غیر طبیعی / نامطلوب / نیاز مند اقدام (دور کد مربوطه دایره بکشید)		
			تن سنجی نامطلوب: ۱. لاغری ۲. اضافه وزن ۳. چاقی ۴. چاقی شکمی		
			شیوه زندگی نامطلوب: ۱. تغذیه نامطلوب (۱،۱ لبنیات، ۲. سبزی، ۳. میوه ۴. عادات غذایی نامناسب) ۲. فعالیت بدنی نامطلوب ۳. وابستگی / اختلال مصرف مواد (۱،۳ دخانیات، ۲،۳ الکل، ۳،۳ آرام بخش و خواب آور ۴،۳ مواد اعتیاد آور افیونی، محرک آمفتامینی و انواع حشیش)		
			باروری: ۱. اختلال رابطه زناشویی و جنسی ۲. ناباروری ۳. بارداری ۴. تمایل به بارداری (نیاز به مشاوره پیش از بارداری) ۵. نیاز به مشاوره شیردهی ۶. سایر		
			یانسگی: ۱. یانسگی قطعی ۲. اختلال وازوموتور ۳. وازینیت اتروفیک		
			موربیدیتی باروری / بیماری اداری تناسلی: ۱. عفونتهای واژینال و آمیزشی: (۱،۱. کاندیدا، ۲،۱. تریکومونا، ۳،۱. واژینوز، ۴،۱. کلامیدیا، ۵،۱. گونوکوک، ۶،۱. سیفلیس، ۷،۱. تبخال تناسلی، ۸،۱. زگیل تناسلی، ۹،۱. HIV/AIDS، ۱۰،۱. PID) ۲. خونریزی غیر طبیعی / اختلال قاعدگی ۳. شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار ۴. سایر (سرویسیت، پولیپ، فیبروم، PCO و.....)		
			اختلالات اعصاب و روان: ۱. دیسترس روانشناختی ۲. افسردگی ۳. اضطراب منتشر / وسواس ۴. اختلال خواب ۵. سایر.....		
			عوامل خطر / بیماریهای زمینه ای غیرواگیر: ۱. دیابت ۲. فشارخون بالا ۳. دیس لیپیدمی ۴. در معرض خطر (پره دیابت، پره هاپر تنشن، دیابت / فشارخون خانوادگی)		
			بیماری قلبی عروقی: ۱. بیماری عروق کرونر ۲. بیماری عروق مغزی ۳. مشکوک به ۴. در معرض خطر		
			بیماری استخوانها و مفاصل: ۱. استئوپروز ۲. استئو آرتروز (آرتروز) ۳. کمردرد ۴. سایر..... ۵. در معرض خطر.....		
			سرطان: ۱. پستان ۲. پستان ۳. سرویکس ۴. کولورکتال ۵. مبتلا به سایر سرطانها (.....) ۶. مشکوک به بدخیمی..... (۱.۶ معاینه ۲.۶ پاراکلینیک) ۷. در معرض خطر سرطان		
			سایر بیماریها/ عوامل خطر: ۱. آنمی فقر آهن ۲. تنفسی (آسم، COPD) ۳. عفونی مزمن (سل، هیپاتیت، ...) ۴. شغلی (۱،۴. مواجهات شغلی ۲،۴. بیماری شغلی) ۵. سایر موارد: (دهان و دندان، گوارشی، کلیوی، نورولوژیک، بینایی، شنوایی و.....)		
			عوامل خطر اجتماعی و خانوادگی موثر بر سلامت: ۱. وضعیت استحکام روابط خانوادگی (زندگی، طلاق، خشونت، و.....) ۲. وضعیت اقتصادی (بیکاری، اخراج، ورشکستگی، فقر، بد/خود/ بی سرپرست و...) ۳. دسترسی به حمایت اجتماعی و خدمات سلامت (بیمه، سازمانهای حمایتی، و...) ۴. عوامل عمومی و محیط زیستی (آب مصرفی، دفع فاضلاب و سایر خدمات شهری، و.....) ۵. سکونت در مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی ۶. سایر.....		

۱۱- بررسی فرم						
بخش های فرم					نتیجه بررسی فرم	
طبقه بندی	پاراکلینیک	سلامت عمومی	باروری	شیوه زندگی		مشخصات
						کامل
						ناقص (موارد نقص)

..... علت مراجعه بعدی

..... مهر و امضا پزشک

..... تاریخ / /

..... تاریخ مراجعه بعدی

..... نام و نام خانوادگی پزشک

