"ته برگ فرم ارجاع"	فرم ارجاع	فرم پسخوراند
نام و نام خانوادگي: ..... **سن سالمند:** ..... **علت ارجاع:** .... **.... تاريخ ارجاع:** ..... **شماره ته برگ:** ..... **توجه : اين ته برگ در مبدا بايگاني مي گردد.**	شماره پرونده ..... شماره ته برگ ..... تاريخ ارجاع ..../..../..... نوع ارجاع: فوري /غير فوري از : خانه بهداشت / مركز بهداشتي درماني/ پايگاه بهداشتي..... به : مركز بهداشتي درماني / بيمارستان / پزشک متخصص..... همكار ارجمند با سلام بيمار با نام و نام خانوادگي ..... سن ..... **با نشانه ها و علايم بيماري هاي**: ۱- اختلال فشارخون ۲- احتمال خطر ابتلا به بيماري هاي قلبي و عروقي ۳- اختلال تغذيه اي ۴-ديابت ۵-كاهش بينايي ۶- كاهش شنوايي ۷- افسردگي ۸- اختلال خواب ۹- پوكي استخوان ۱۰- بي اختياري ادراري ۱۱- سل ۱۲- دمانس ۱۳- عدم تعادل ۱۴- دهان و دندان **و عوامل خطر**: ۱- فشارخون بالا ۲- ابتلا به بيماري هاي قلبي عروقي ۳-چاقي ۴- ديابت ۵- پوكي استخوان ۶-سقوط و عدم تعادل ۷-سل ۸-ايمنسازي **و تست هاي تشخيصي مثبت:** ۱- خلط اسمير مثبت ۲- استرس تست مثبت ۳- دمانس ۴- عدم تعادل كه در ارزيابي يافت شده است، جهت بررسي و اقدامات لازم به حضور معرفي مي گردد. خواهشمند است پس از بررسي، نتيجه كار و نياز به اقدامات درماني يا پيگيري را در فرم پسخوراند مرقوم فرموده و آن را به مبدا عودت دهيد. نام و نام خانوادگي ارجاع دهنده: سمت: امضا:	از : مركز بهداشتي درماني/ بيمارستان/ پزشک متخصص ..... به: خانه بهداشت/ پايگاه بهداشتي/ مركز بهداشتي درماني ..... همكار ارجمند با سلام ضمن تشكر، بيمار در تاريخ ..... با وضعيت قيد شده در فرم ارجاع در مركز/ بيمارستان..... پذيرش و ارزيابي شد و پس از معاينات تكميلي تشخيص هاي .... براي وي داده شد. لازم است نامبرده تحت مراقبت هاي پيگيري/ ارجاع/ مراقبت دوره اي بشرح زير قرار گيرد: پيگيري در هر ماه و ارجاع پس از ۳ ماه براي بيماري هاي .... پيگيري هر ۳ ماه و ارجاع پس از ۶ ماه براي بيماري هاي ....پيگيري هر ۶ ماه و ارجاع پس از يك سال براي بيماري هاي .... مراقبت دوره اي يك يا ۳ سال بعد براي بيماري هاي ....بيمـــار در تـــاريخ ..... بـــا تشخيص هاي فوق ترخيص/ ارجاع شد. نام و نام خانوادگي پسخوراند دهنده: سمت: