

| | | |
|---|--|---|
| <p>از: مرکز بهداشتی درمانی/ بیمارستان/ پزشک متخصص به: خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی/ مرکز بهداشتی درمانی همکاری ارجمند با سلام ضمن تشکر، بیمار در تاریخ با وضعیت قید شده در فرم ارجاع در مرکز/ بیمارستان پذیرش و ارزیابی شد و پس از معاینات تکمیلی تشخیص های برای وی داده شد. لازم است نامبرده تحت مراقبت های پیگیری/ ارجاع/ مراقبت دوره ای بشرح زیر قرار گیرد: پیگیری در هر ماه و ارجاع پس از 3 ماه برای بیماری های پیگیری هر 3 ماه و ارجاع پس از 6 ماه برای بیماری های پیگیری هر 6 ماه و ارجاع پس از یک سال برای بیماری های مراقبت دوره ای یک یا 3 سال بعد برای بیماری های بیمار در تاریخ با تشخیص های فوق ترخیص/ ارجاع شد. نام و نام خانوادگی پسخوراند دهنده: سمت:</p> | <p>شماره پرونده تاریخ ارجاع/...../..... از: خانه بهداشت/ مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه بهداشتی به: مرکز بهداشتی درمانی/ بیمارستان/ پزشک متخصص همکاری ارجمند با سلام بیمار با نام و نام خانوادگی سن با نشانه ها و علایم بیماری های: 1- اختلال فشارخون 2- احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی 3- اختلال تغذیه ای 4- دیابت 5- کاهش بینایی 6- کاهش شنوایی 7- افسردگی 8- اختلال خواب 9- پوکی استخوان 10- بی اختیاری ادراری 11- سل 12- دمانس 13- عدم تعادل 14- دهان و دندان و عوامل خطر: 1- فشارخون بالا 2- ابتلا به بیماری های قلبی عروقی 3- چاقی 4- دیابت 5- پوکی استخوان 6- سقوط و عدم تعادل 7- سل 8- ایمنسازی و تست های تشخیصی مثبت: 1- خلط اسمیر مثبت 2- استرس تست مثبت 3- دمانس 4- عدم تعادل که در ارزیابی یافت شده است، جهت بررسی و اقدامات لازم به حضور معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی، نتیجه کار و نیاز به اقدامات درمانی یا پیگیری را در فرم پسخوراند مرقوم فرموده و آن را به مبدا عودت دهید. نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده: سمت: امضا:</p> | <p>نام و نام خانوادگی: سن سالمند: علت ارجاع: تاریخ ارجاع: شماره ته برگ: توجه: این ته برگ در مبدا بایگانی می گردد.</p> |
|---|--|---|