فرم گزارش دهی مراقبت بیماری فشارخون بالا سه ماهه ..... سال ۱۳

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی: شیراز شبکه بهداشت و درمان شهرستان... مرکزجامع خدمات سلامت/ پایگاه سلامت :.....

جمعیت: ..... مرد: ..... زن: ..... جمعیت بالای ۳۰ سال: ..... مرد: ..... زن: .....

۱	۲	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷
گروه سنی(سال)	جنس	تعداد بیماران مبتلا به فشارخون بالا	تعداد بیماران جدید مبتلا به فشارخون بالا(سه ماه گذشته)	تعداد بیماران مراقبت شده توسط مراقب سلامت/ بهورز	تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک	نمایه توده بدنی بیماران مراقبت شده			میزان فشارخون(بر حسب میلی متر جیوه)				تعداد موارد بروز عوارض فشارخون بالا							تعداد بیماران دارای سابقه خانوادگی فشارخون بالا	تعداد بیماران مصرف کننده دخانیات			علت عدم مراجعه	
						کمتر از ۲۵	۲۵ تا کمتر از۳۰	۳۰ و بیشتر	کمتر از ۱۴۰/۹۰	۱۴۰/۹۰ تا کمتر از ۱۵۰/۹۰	۱۵۰/۹۰ تا کمتر از ۱۶۰/۱۰۰	۱۶۰/۱۰۰ تا کمتر از ۱۸۰/۱۱۰	۱۸۰/۱۱۰ و بالاتر	سکته قلبی		سکته مغزی		سایر عوارض						
														قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید					
۳۰-۵۹	زن																							
	مرد																							
≥۶۰	زن																							
	مرد																							
جمع	زن																							
	مرد																							
جمع کل																								

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ..... سمت: ..... تاریخ و امضا : .....