



فرم شماره ۴: بررسی چشم پزشکی

ارجاع از واحد دیابت: به مرکز تخصصی دیابت: شماره پرونده در واحد دیابت:
 معرفی از مرکز تخصصی دیابت: به واحد دیابت: تاریخ معرفی:
 نشانی محل مراجعه: تلفن تماس محل مراجعه:

الف) اطلاعات ارجاع: تاریخ ارجاع:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: کد ملی: وضعیت
 تاهل: شغل: تحصیلات:
 نشانی: تلفن تماس:
 تاریخ تشخیص بیماری: نوع ارجاع: فوری غیرفوری
 علت ارجاع: فوری کاهش سطح هوشیاری ابتلا به عارضه (نوع عارضه:) ارجاع به:
 علت ارجاع غیرفوری: بیمار جدید ارزیابی سالانه عدم پاسخ به درمان دیابت بارداری بیمار باردار
 سایر

نتایج آخرین آزمایشات:

تاریخ	آزمایش و نتیجه آن	تاریخ	آزمایش و نتیجه آن
۱۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	TG: Total Cholesterol LDL: HDL:	۱۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	FBS: mg/dl HbA1c: %
۱۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	BUN: Cr:	۱۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	Urine Albumin
		۱۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	Urine Albumin/Cr mg/gr

تذکر مهم: همراه داشتن نتایج آزمایشات بیمار در مراجعه به مرکز تخصصی دیابت ضروریست:
 وضعیت داروهای مصرفی:

مدت مصرف	دوز مصرفی	دارو

نام و امضای پزشک / مهر مرکز:

ویزیت تخصصی چشم (این قسمت در مرکز تخصصی تکمیل می شود)

رتینوپاتی دیابتی	رتینوپاتی دیابتی			نورمال	کاتاراکت	فشار چشم	دقت بینایی		
	شدید	متوسط	خفیف						
رتینوپاتی پرولیفراتیو									چشم راست
									چشم چپ

سایر مشکلات:

فوندوس فتوگرافی انجام شد (ضمیمه شود) انجام شد

توصیه ها و اقدامات درمانی:

.....

نیاز به مشاوره فوق تخصصی دارد ندارد ارجاع به:

تاریخ مراجعه بعدی: مهر و امضای واحد تخصصی چشم

