

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

دانشکده بهداشت

گروه بهداشت عمومی

کارآموزی در عرصه(1)

جداول ثبت گزارش روزانه **Log Book))**

**واحد بهداشت خانواده در مراکزخدمات جامع سلامت/پایگاه های سلامت**

ویژه دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی

نام محل کارآموزی : ..................................

نام و نام خانوادگی دانشجو:......................

ماه/ سال:................

1. کودک سالم

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **تاریخ تولد** | **وزن**  **قد**  **دورسر** | **درجه حرارت**  **تنفس** | **زردی**  **دهان ودندان** | **تغذیه شیرخوار** | **بینایی** | **تکامل** | **داروهای مکمل(قطره)** | **ارجاعات** | **توصیه ها و آموزشات** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. کودکان با اختلال تکاملی شدید (ASQ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **سن** | **فرد**  **تکمیل کننده** | **مکان تکمیل فرم** | | | **نیاز به ارجاع در حیطه های تکاملی** | | | | | | | | | | | **ارجاع** | |
| **نیاز دارد** | **نیاز ندارد** |
| منزل | مرکز | مطب/ پزشک | برقراری ارتباط | | | حرکات درشت | | حرکات ظریف | | فردی اجتماعی | | حل مشکل | |
| دارد | | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. ایمن سازی

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **تاریخ تولد** | **سن (ماه)** | **نام واکسن تزریق شده** | **دوز واکسن** | **ملاحظات** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |

4. بهداشت باروری

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **تاریخ تولد** | **پیشگیری**  **فعلی**  **قبلی** | **تمایل یا نیاز به تغییر روش** | **علت تغییر روش** | **تکمیل**  **فرم مشاور** | **روش پیشنهادی**  **روش انتخابی** | **شیردهی** | **واکسیناسیون** | **عادت**  **ماهیانه**  **پاپ**  **اسمیر** | **تعداد**  **فرزند**  **تعداد**  **حاملگی** | ملاحظات |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. مراقبت پیش از بارداری

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **توام کزاز** | **شرح حال** | | | | | | **نیازمند مراقبت ویژه** | **آزمایشات** | **سونوگرافی** | **پاپ اسمیر** | **ملاحظات** |
| G-P-Ab - D | روش پیشگیری | سن | قد | وزن | BMI |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6. مراقبت بارداری

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **تاریخ**  **تولد** | **LMP** | **مراجعه**  **بعدی** | **نوع مراقبت** | | **آزمایشات**  **سونوگرافی** | **علائم خطر**  **فوری** | **عوارض** |
| **اندازه گیری** | | | | | **توصیه ها** | **مکمل ها** |
| **دوره ای** | **ویژه** | **وزن**  **قد** | **BMI** | **فشار**  **نبض** | **درجه حرارت**  **تنفس** | **ارتفاع**  **رحم** |
| **EDC** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

7. مراقبت پس از زایمان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه**  **تاریخ زایمان** | **نوع زایمان** | **نوبت مراقبت** | **ارزیابی**  **علائم خطر** | **نتیجه ارزیابی**  **در هر ملاقات** | **اندازه گیری** | | | | **آموزشها وتوصیه ها** |
| **فشار** | **نبض** | **درجه حرارت** | **تنفس** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

8.مشاهده تست پاپ اسمیر – کنترل IUD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **تاریخ تولد** | **تاریخ و**  **دفعات تست قبلی** | **تعداد زایمان** | **تعداد فرزند** | **روش پیشگیری** | **نتیجه معاینات بالینی** | **خود آزمایی پستان** | **ملاحظات** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

9. بهداشت نوجوانان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **سن** | **جنسیت** | | **تن سنجی** | | | | | | | **الگوی تغذیه** | | | **اختلالات** | | | | | | | | | **توصیه ها** |
| نیاز به ارجاع | نیاز به ارجاع | | بینایی | | | شنوایی | | | پدیکلوزیس | | |
| مرد | زن | وزن | قد | **BMI** | | | | | ندارد | دارد | چشم راست | | چشم چپ | گوش راست | | گوش چپ | ندارد | | دارد |  | |
| **لاغری شدید** | **لاغر** | **طبیعی** | **اضافه وزن** | **چاق** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |

10. بهداشت جوانان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **سن** | **جنسیت** | | **مراقبت ها** | | | | | | | | | | | **توصیه ها** |
| **مصرف گروه­ها و مواد غذایی** | | **سابقه بیماری** | | **تن سنجی** | | | **دیسترس روانشناختی** | | **ایمن سازی** | |
| مرد | زن |
| مطلوب | نامطلوب | دارد | ندارد | قد | وزن | BMI | ندارد | دارد | شده | نشده |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

11. بهداشت میانسالان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **سن** | **جنسیت** | | **مراقبت ها** | | | | | | | | | | **توصیه ها** |
| مصرف گروه­ها و مواد غذایی | | فعالیت جسمانی | | استعمال دخانیات | | دیسترس روانشناختی | | ایمن سازی | |
| مرد | زن |
| مطلوب | نامطلوب | مطلوب | نامطلوب | ندارد | دارد | ندارد | دارد | دارد | ندارد |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

12. بهداشت سالمندان

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **کد ملی** | **تاریخ مراجعه** | **سن** | **جنسیت** | | **نوع مراقبت** | | **مراقبت ها** | | | | **توصیه ها** |
| عامل خطر | سابقه بیماری | احتمال ابتلاء به بیماری | فاقد مشکل |
| مرد | زن | دوره ای | ویژه |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |