

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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |