|  |
| --- |
| برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت اجرا در مناطق شهری فرم شماره3 گزارش ماهانه مراقبت تخصصی برنامه شهری دیابتدانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی **آذربایجان غربی** معاونت درمان گزارش…………………………………… سال **1402** |
| تعداد کل  | عنوان فعالیت |
|  | عدم پاسخ به درمان | ارجاعی | پذیرش |
|  | ارزیابی سالانه |
|  | بیمار جدید |
|  | دیابت بارداری |
|  | دیابتی باردار |
|  | سایر عوامل خطر |
|  | پیگیری درمان( نوبت دهی قبل از سه ماه) |
|  | ارجاع فوری / مراجعه اورژانسی |
|  | بیمار قبلی مرکز  |
|  | مراجعه شخصی بار اول |
|  | بیمار معرفی شده از سایر مراکز به جز واحد دیابت |
|  | ویزیت داخلی | تعداد ویزیت **(سطح دوم)** | معاینه و مراقبت تخصص و فوق تخصصی |
|  | ویزیت چشم پزشکی |
|  | سایر متخصصان |
|  | تعداد ویزیت فوق تخصصی **(سطح سوم)** |
|  | طبیعی | کنترل فشار خونی | مراقبت عروق | **مراقبت** |
|  | غیر طبیعی |
|  | طبیعی | ECG |
|  | غیر طبیعی |
|  | ندارد | بیماری مزمن کلیوی |
|  | دارد |
|  | طبیعی | تست منوفیلامان یا دیاپازون | مراقبت نوروپاتی |
|  | غیر طبیعی |
|  | ندارد | نوروپاتی اتونوم |
|  | دارد |
|  | ندارد | مراقبت رتینو پاتی |
|  | دارد |
|  | تعداد آزمایشات بیوشیمی **(براساس یک بار درخواست آزمایش برای هر بیمار)** | اقدامات تشخیصی |
|  | رادیوگرافی قفسه سینه | تصویر برداری |
|  | رادیوگرافی کلیه و مجاری ادراری |
|  | سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری |
|  | فوندوس فتوگرافی | سایر |
|  | نوار قلبی |
|  | اکوکاردیوگرافی |
|  | تست ورزش |
|  | تالیوم اسکن |
|  | آنژیوگرافی |
|  | EMG |
|  | NCV |
|  | بیوپسی کلیه |
|  | لیزر تراپی | اقدامات درمانی |
|  | درمان پای دیابتی |
|  | بستری |
|  | تغذیه و رژیم درمانی |