

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۴-۲۰۱

این فرم در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تکمیل می گردد.

- این فرم در هر ماه فقط برای یک روز که تاریخ آن از قبل برای هر یک از مراکز فوق تعیین می شود پر می گردد. برای واحدی که روز موردنظر جز تعطیل رسمی بوده و یا به هر علتی در آن روز فعالیتی نداشته باشد نیاز به تکمیل فرم نمی باشد اما فرم با تکمیل قسمت بالای فرم و قید تعطیل بودن باید ارسال گردد.

- توجه: در صورتیکه در روز نمونه تعیین شده برای مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پزشک مرکز در خانه بهداشت به درمان بیماران بپردازد فرم ثبت نمونه ای بیماری ها می بایست توسط پزشک تکمیل گردد.

- نام بیماری: این فرم برای بیماران سرپایی و برای ثبت بیماری هایی که در لیست ضمیمه مشخص شده است تکمیل می گردد.

- سن: سه ستون برای سن بیماران در نظر گرفته شده است، در ستون اول و دوم سنین کمتر از یکماه و یکماه تا یکسال با علامت X مشخص گردیده و در ستون سوم سن افراد یکسال و بزرگتر به سال ثبت می گردد.

- نوع مراجعه: به دو ستون جدید و تکراری با تشخیص قبلی تقسیم می شود منظور از مراجعه جدید اولین بار تشخیص بیماری است و مراجعه تکراری منظور کسانی هستند که قبلاً بیماری آن ها تشخیص داده شده است و این تشخیص به تفکیک کلینیکی (تشخیص از طریق معاینه بالینی) و پاراکلینیکی (تشخیص از طریق آزمایشگاه، سونوگرافی، رادیولوژی، سی تی اسکن، و غیره) در ستون های تعیین شده با علامت X مشخص می شود.

- نوع تشخیص فعلی: منظور تشخیص بر حسب کلینیکی و پاراکلینیکی بودن است که در ستون های تعیین شده با علامت X مشخص می شود.

توجه: اگر شخص دارای دو یا چند بیماری باشد که اقدامات درمانی برای آن انجام می شود، برای هر بیماری یک سطر به طور کامل در نظر گرفته می شود.

توجه:

۱- تکمیل قسمت های بالا و پایین فرم الزامی است. در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می شود.

۲- مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می باشد.

۳- فرم میبایست دارای مهر مرکز بوده و فرم بدون مهر فاقد اعتبار و عیناً عودت داده می شود.