فرم شماره ۱ شبکه بهداشت و درمان شهرستان البرز		پرسشنامه خطر سنجی سکته های قلبی مغزی در افراد بالای ۳۰سال ویژه شاغلین	
نام ارگان / شرکت :	شماره تماس :	نام تکمیل کننده :	
نام		یا فرد، بیمار شناخته شده مبتلا به فشار خون بالا است؟	
نام خانوادگی		آیا در بستگان درجه یک فرد سابقه دیابت وجود دارد؟	
کد ملی		آیا در بستگان درجه یک فرد سابقه بیماری کلیوی وجود دارد؟	
تاریخ تولد(روز/ماه/سال)		آیا در بستگان درجه یک فرد سابقه بیماری قلبی عروقی زودرس (شامل بیماری های سکته قلبی و مغزی زیر ۶۵ سال در زنان و زیر ۵۵ سال در مردان و فشارخون بالا در والدین و خواهر و برادر) وجود دارد؟	
آدرس محل سکونت			
شماره تماس (موبایل)		آیا فرد مواد دخانی مصرف میکند یا در ۱۲ ماه گذشته مصرف کرده است؟	
سابقه سکته قلبی		آیا فرد الکل مصرف می کند؟	
سابقه انجام مداخله درمانی تهاجمی (بالون گذاری یا استنت قلبی)		فشار خون سیستولیک (بار اول)	
سابقه عمل جراحی باز قلب (CABG)		فشار خون دیاستولیک (بار اول)	
سابقه سکته مغزی، سابقه علایم		فشار خون سیستولیک بعد از دو دقیقه استراحت (بار دوم)	
گرفتگی شریان های اندام تحتانی		فشار خون دیاستولیک بعد از دو دقیقه استراحت (بار دوم)	
وزن (کیلوگرم)		قند خون ناشتا mg/dl	
قد(سانتیمتر)		کلسترول توتال mg/dl	
دور کمر(سانتیمتر)		تاریخ انجام آزمایش	
آیا فرد، بیمار شناخته شده مبتلا به دیابت است؟		سابقه فشارخون بالا و یا مصرف دارو؟	

سطح خطر سکته های قلبی ، مغزی : کمتر از ۱۰درصد ☐ ۲۰-۱۰ درصد ☐ ۳۰-۲۰ درصد ☐ ۳۰در صد وبیشتر ☐ مراجعه سه سال بعد ☐

لطفاً فرم تکمیل شده را به مسئول بهداشت حرفه ای شرکت تحویل نمایید **محل مهر پایگاه سلامت/خانه بهداشت**