

فرم شماره ۱

بسمه تعالی	
تاریخ: ۸۸/۶/۱۲	کد:
دفتر / اداره کل / مرکز مرکز بهداشت شهرستان فریمان	نام گروه / اداره تغذیه
عنوان روش اجرایی: ارجاع بیماران دیابتی به سطح سوم	
خدمت گیرندگان: بیماران دیابتی	خدمت دهندگان: خانه بهداشت کلینیک تغذیه و مشاوره بیمار دیابتی
لیست مدارک و اطلاعات فرم های مورد نیاز: پرونده بیمار لطفاً سه نسخه از هریک از فرمهای مورد استفاده ضمیمه گردد.	

فرم شماره ۲

بسمه تعالی				
تاریخ : ۸۸/۶/۲۹		کد :		
شرح مراحل انجام کار :		تعداد کل مراحل :		
ردیف	عنوان هر مرحله	نحوه انجام کار در این مرحله	زمان	ارتباط آن با سایر مراحل
۱	مراجعه افراد دیابتی به بیمارستان	حضور	۱۰ دقیقه	غیر مستقیم
۲	تشکیل پرونده در کلینیک تغذیه بیمارستان	حضور	۲ ساعت	مستقیم
۳	ارجاع به پزشک اورژانس	حضور	۱۰ دقیقه	مستقیم
۴	مشاوره و رژیم درمانی	حضور	چندین جلسه	مستقیم
۵	ارجاع به متخصص داخلی در صورت نیاز	حضور	۱۰ دقیقه	مستقیم
۶	مشاوره و رژیم درمانی توسط واحد تغذیه	حضور	چندین جلسه	مستقیم
مدت زمان انجام کار :				
مسئولیتها و اختیارات :				
مسئول یا مجری :				
خانم نظامی				

بسمه تعالی	
تاریخ	کد:
قوانین و مقررات	فن آوری مورد استفاده
دستورالعمل واحد تغذیه استان	سنجش گلوکز خون سنجش وزن

