**随访内容标准化**

1. **基本资料**

**姓名­ ; 年龄 ; 性别 ;**

**出生年月 ; 联系电话 ；**

**三．目前身体检测指标（以随访科室的疾病检测指标为准）：**

**身高:\_\_\_\_\_cm 体重:\_\_\_\_\_kg 体重指数BMI：\_\_\_\_\_kg/m2**

**腰围:\_\_\_\_\_cm 血压\_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg， 心率\_\_\_\_\_次**

1. **现有慢性疾病：**

**□高血压 □糖尿病 □高血脂 □高尿酸 □肝功能异常**

**□肾功能异常 □骨质疏松 □肥胖**

**1、高血压：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药物名称 | 剂量 | 用法 | 时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2.糖尿病**：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药物名称 | 剂量 | 用法 | 时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TC | TG | HDL-C | LDL-C | ApoA | ApoB |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**3.血脂情况**

**4.尿酸指标： umol/L （男性149-416 umol/L，女性89-357 umol/L）**

**5.肝功能指标：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALT(U/L) | AST(U/L) | γ—GT(U/L) |
|  |  |  |

**6.肾功能指标：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BUN  (mmol/L) | Cr  (ummol/L) | UA  (ummol/L) | eGFR  (ml/min/1.73m2） | 尿微量  白蛋白  （mg/L） | 尿微量  白蛋白/肌酐（mg/g） |
|  |  |  |  |  |  |

**7.有无肥胖：**

**□是 □否**

**六．家族史：**

**1.肥胖、2.心血管疾病、3.糖尿病或血糖异常、**

**4.高血脂、5.痛风、6.甲状腺疾病、7.睡眠呼吸暂停综合征、**

**8.肿瘤疾病（癌症）、9.其它疾病**

**。**

父亲： 母亲： 兄弟： 姐妹：

爷爷： 外公： 奶奶： 外婆：

叔叔： 姑姑： 舅舅： 阿姨：

**七．饮食调查**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食物分类 | 您是否经常食用以下食品？ | 判断标准 |
| 口味 | □清淡 □中等 □偏咸 |  |
| 粗粮 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 肉类 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 动物内脏 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 油炸或油煎食品 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 奶类 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 鱼虾等水产品 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 蔬菜 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 水果 | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 甜食（蛋糕、饮料、糖块） | □是 □否 | 每周3次以上 |
| 其他零食（薯片，硬饼干等） | □是 □否 | 每周3次以上 |

1. **运动方式**

运动项目 频率 次/周 强度： **□**低等 **□**中等

1. **吸烟、饮酒、睡眠**

1.吸烟 □是 □否 （ ­ 支/天，吸烟史­ 年）

2.饮酒 □是 □否 （ ­ ml/天， ­ 酒）

3.每天是否有固定的起床及入睡时间？

起床时间： 入睡时间： 、午休时间：

1. **情绪评估**

**（1）GAD-7自评量表**

在过去2星期，有多少时候您受到以下任何问题困扰，在您的选择下方打√

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **问题** | **选项** | | | |
| **0** | **1** | **2** | **3** |
| 1、感觉紧张、焦虑或急切 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| 2、不能够停止或控制担忧 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| 3、对各种各样的事情担忧过多 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| 4、很难放松下来 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| 5、由于不安而无法静坐 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| 6、变得容易烦恼或急躁 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| 7、感觉似乎将有可怕的事情发生而害怕 | 完全不会 | 几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| **总分：** | | | | |

评分标准：正常0-4分 轻度焦虑 5-9分 中度焦虑 10-14分 重度焦虑15-21分

**（2）9条目病人健康问卷**

根据过去两周的情况，请您回答是否存在下列描述的状况和频率，请看清问题后在符合你的选项的数字上打√

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **问 题** | **选 项** | | | |
| **0** | **1** | **2** | **3** |
| 1、做事时提不起劲或没有兴趣 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 2、感到心情低落、沮丧或绝望 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 3、入睡困难、睡不安稳或睡眠过多 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 4、感觉疲倦或没有活力 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 5、食欲不振或吃太多 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 6、觉得自己很糟抑或是觉得自己很失败，或让自己或家人失望 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 7、对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 8、动作或说话速度缓慢到别人已经察觉？或正好相反—烦躁或坐立不安、动来动去的情况更胜于平常 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的天数 | 几乎每天 |
| 9、有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头 | 完全不会 | 好几天 | 一半以上的日子 | 几乎每天 |
| **总分：** | | | | |

评分标准：没有抑郁0-4分 轻度抑郁5-9分 中度抑郁10-14分 中重度抑郁15-19分 重度抑郁20-29分

**十一．并发症（依具体疾病而定）**

**十二．药物的不良反应（依具体疾病而定）**

**十三．健康宣教内容**