附件4

三高共管患者随访服务整合信息表

**姓名： 患病情况：高血压**□ **糖尿病**□ **高血脂 编号□□□-□□□□□**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 随访日期 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 随访方式 | 1 门诊 2 家庭 3 电话 | 1 门诊 2 家庭 3 电话 |
| 症 状 | 高血压 | 糖尿病 | 高血脂 | □/□/□/□/□/□/□/□ | □/□/□/□/□/□/□/□ |
| 1.1无症状1.2头痛头晕1.3恶心呕吐1.4眼花耳鸣1.5呼吸困难1.6心悸胸闷1.7鼻 衄出 血 不止1.8四肢发麻1.9 下肢水肿1.10视力下降 | 1.1无症状2.1多饮2.2多食2.3多尿2.4视力模糊2.5感染2.6手脚麻木2.7下肢浮肿2.8体 重 明显下降2.9下肢溃疡2.10皮肤或外阴瘙痒 | 1.1无症状3.1神疲乏力3.2失眠健忘3.3胸闷气短3.4心慌胸痛3.5口角歪斜3.6肢体麻木 | 其他： | 其他： |
| 体征 | 血压（mmHg） | / | / |
| 体重（kg） | / | / |
| 身高(cm) |  |  |
| 体质指数(kg/m2) | / | / |
| 腰围(cm) |  |  |
| 臀围(cm) |  |  |
| 心率（次/每分钟） |  |  |
| 足背动脉搏动 | 1触及正常 □2减弱（双侧 左侧 右侧）3消失（双侧 左侧 右侧） | 1 触及正常 □2减弱（双侧 左侧 右侧）3消失（双侧 左侧 右侧） |
| 其他 |  |  |
| 生活方式指导 | 日吸烟量（支） | / | / |
| 日饮酒量（两） | / | / |
| 运 动 | 次/周 分钟/次次/周 分钟/次 | 次/周 分钟/次次/周 分钟/次 |
| 主食（克/天） | / | / |
| 摄盐情况（咸淡） | 轻/中/重 轻/中/重 | 轻/中/重 轻/中/重 |
| 心理调整 | 1良好 2一般 3 差 □ | 1良好 2 一般 3 差 □ |
| 遵医行为 | 1良好 2一般 3 差 □ | 1良好 2 一般 3 差 □ |
| 目前用药情况 | 药物名称1 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称2 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称3 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称4 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称5 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 胰岛素 | 种类：用法和用量： | 种类：用法和用量： |
| 服药依从性 | 1规律 2间断 3不服药 □ | 1 规律 2 间断 3 不服药 □ |
| 药物不良反应 | 1 无 2 有 □ | 1 无 2 有 □ |
| 低血糖反应 | 1无 2偶尔 3频繁 □ | 1 无 2偶尔 3频繁 □ |
| 辅助检查 | 空腹血糖值 mmol/L糖化血红蛋白 ％TG 值 mmol/L TC 值 mmol/LHDL-C 值 mmol/L LDL-C 值 mmol/L 检查日期： 月 日其它 | 空腹血糖值 mmol/L糖化血红蛋白 ％TG 值 mmol/L TC 值 mmol/LHDL-C 值 mmol/L LDL-C 值 mmol/L 检查日期： 月 日其它（具体内容见服务清单，属上级医院负责开展的，只记录是否开展和检查结果） |
| 本年度并发症筛查检查 | 高血压 | 糖尿病 | 高血脂 | □/□/□/□/□/□/□/□ | □/□/□/□/□/□/□/□ |
| 1.1尿常规1.2肾功能1.3心电图1.4下肢血管超声1.5颈部血管超声1.6眼底1.7超声心动图1.8血钾 | 1.1尿常规1.2肾功能1.3心电图1.4下肢血管彩超1.5颈部血管彩超1.6视力及眼底2.1肝功能2.2心脏彩超2.3简易5项神经病变检查2.4神经病变传导速度检查2.5内脏脂肪检测 | 1.1尿常规1.2肾功能1.3心电图1.4下肢血管彩超2.1肝功能2.2心脏彩超 |  |  |
| 本年度并发症评估结果 | 高血压 | 糖尿病 | 高血脂 | □/□/□/□/□/□/□/□ | □/□/□/□/□/□/□/□ |
| 1.1心血管病变1.2脑血管病变1.3外周血管病变1.4肾脏病变1.5眼底病变 | 1.1心血管病变1.2脑血管病变1.3外周血管病变1.4肾脏病变1.5眼底病变2.1神经病变 | 1.1心血管病变1.2脑血管病变1.3外周血管病变 |  |  |
| 此次随访分类 | 高血压高危/患者 | 1 控制满意 2 控制不满意3 不良反应 4 新发并发症或加重 □ | 1 控制满意 2 控制不满意3 不良反应 4 新发并发症或加重 □ |
| 糖尿病高危/患者 | 1控制满意 2 控制不满意3 不良反应 4 新发并发症或加重 □ | 1控制满意 2 控制不满意3 不良反应 4 新发并发症或加重 □ |
| 高血脂高危/患者 | 1 控制满意 2 控制不满意3 不良反应 4 新发并发症或加重 □ | 1 控制满意 2 控制不满意3 不良反应 4 新发并发症或加重 □ |
| 下一步管理措施 | 1常规随访 2第1次控制不满意2周随访 3两次控制不满意请上级协诊4紧急转诊 □ | 1常规随访 2第1次控制不满意2周随访 3两次控制不满意请上级协诊4紧急转诊 □ |
| 用药调整意见 | 药物名称 1 |  |  |
|  | 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称 2 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称 3 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称 4 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 药物名称 5 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 胰岛素 | 种类：用法和用量： | 种类：用法和用量： |
| 其它药物 |  |  |
| 用法用量 | 每日 次 | 每 次 | 每日 次 | 每 次 |
| 协诊或转诊到位情况 | 原 因 |  |  |
| 机构及科别 |  |  |
| 联系人及电话 |  |  |
| 结果 | 1到位 2不到位 □ | 1到位 2不到位 □ |
| 下次随访日期 |  |  |
| 随访医生签名 |  |  |
| 居民签名 |  |  |
| 备注 |  |  |

填表说明

1．本模板主要用于简要汇总高血压、糖尿病、高血脂“两高”或“三高”患者年度内接受“三高共管医防协同”服务情况，各地可根据实际情况进行调整完善。具体服务内容、频次要求和机构分工见《三高共管医防协同分级服务清单》。其中与基本公共卫生服务项目高血压、糖尿病患者健康管理相同的数据不重复采集，一次采集，两项工作共享。

2．体征：体质指数（ＢＭＩ）＝体重（kg）/身高的平方（m2），体重和体质指数斜线前填写目前情况，斜线后填写下次随访时应调整到的目标。如果是超重或是肥胖的高血压患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

3．生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“××支”，斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“××支”。

日饮酒量：斜线前填写目前饮酒量，不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“××两”，斜线后填写饮酒者下次随访目标饮酒量相当于白酒“××两”。(啤酒/10＝白酒量，红酒/4＝白酒量，黄酒/5＝白酒量)。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“××次／周，××分钟／次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

摄盐情况：斜线前填写目前摄盐的咸淡情况。根据患者饮食的摄盐情况，按咸淡程度在列出的“轻、中、重”之一上划“√”分类，斜线后填写患者下次随访目标摄盐情况。

主食：根据患者的实际情况估算主食（米饭、面食、饼干等淀粉类食物）的摄入量。为每天各餐的合计量。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4.目前用药情况：根据此次随访将患者当前用药情况填写在表格中，写明用法、用量。如果患者使用的为其他医疗机构开具的处方药，在药物名称栏后标注“➀”；患者自行在药店购买的药品在药物名称栏后标注“➁”。

5. 服药依从性：“规律”为按医生医嘱服药(≥90%)，“间断”为未按医生医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。医生可以来自随访机构，也可来自其他医疗机构。

6．药物不良反应：如果患者服用上述药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

7.低血糖反应：根据上次随访到此次随访之间患者出现的低血糖反应情况。偶尔(≤2次)，频繁(≥3次）

8.辅助检查：记录患者上次随访到这次随访之间到各医疗机构进行的辅助检查结果。为患者进行空腹血糖检查，TC、TG、HDL-C、LDL-C，记录检查结果。若患者在上次随访到此次随访之间到各医疗机构进行过糖化血红蛋白（控制目标为７％，随着年龄的增长标准可适当放宽）或其他辅助检查，应如实记录。

9.记录患者本年度按频次在各医疗机构进行的并发症筛查相关检查的情况和结果。

10.记录患者本年度由“三高中心”开展的并发病综合评估情况和结果。

11．此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在4种分类结果中选择一项在“□”中填上相应的数字。“控制满意”意为血糖、血压或血脂控制满意，无其他异常、“控制不满意”意为血糖、血压或血脂控制不满意，无其他异常、“不良反应”意为存在药物不良反应、“并发症”意为出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况，决定患者下次随访时间，并告知患者。

12. 下一步管理措施：根据此次随访结果，提出管理措施，将措施填写在“□”内。除四次常规随访必须面对面外，其他随访可采用电话随访方式，将随访情况依次记录在随访表内，体征数值可采用患者自测结果或其他医疗机构提供的数据(采用此类数据需在备注内说明)。

13．用药调整意见：对血压、血糖、血脂控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，提出增加现用药物剂量、更换或增加不同类的药物等调整用药意见。

14. 协诊或转诊到位情况：对随访中发现的需要协诊或紧急转诊的患者，记录原因和到位情况。

13. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

14. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

15. 居民签名：面对面随访结束由居民本人确认签字。电话随访可不签，只需记录随访的电话号码。

16. 备注：两次随访之间发生的其他疾病或服务情况也可记录于此。随访拒绝服药或多次督促后患者仍拒绝转诊等特殊情况应记录说明,并请患者签字，以备核查。