مدیریت درمان استان اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی :

فرم ارجاع به متخصص قلب و عروق

Name : **Age:** **Physician:** **DATE:**

☐ HTN ☐ DM ☐ Family HX ☐ age > 45 yr (males)

☐ DLP ☐ smoking ☐ Menopause ☐ age > 55 yr (Females)

☐ Male sex ☐ Physical inactivity

The Latest invasive & Noninvasive Procedures :

☐ Echo (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ Exercise test (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ Stress Imaging study (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ Angiography / cath (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ PCI (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ CABGS (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ EECP (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ CT Angiography (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ RF Ablation (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ BP Holter (. . . . / . . . . / . . . .) :

☐ Rhythm Holter (. . . . / . . . . / . . . .) :

Current Complaint (s) :

☐ DOE ☐ Angina or Equivalents ☐ None

☐ Palpitation ☐ Edema ☐ Others :…………………..

Referral Causes :

☐ Uncontrolled HTN ☐ Unacceptable Lipid targets ☐ Arrhythmia

☐ Decompensated HF ☐ Uncontrolled Angina

☐ Need for further evaluation (invasive or Non – invasive studies)

Current Prescribed drugs (with dose) :

۱) ……………………………………………..

۲) ……………………………………………

۳) ……………………………………………

۴) ……………………………………………

۵) …………………………………………… .

۶) ……………………………………………..

۷) ……………………………………………

۸) ……………………………………………

۹) ……………………………………………

۱۰) ……………………………………………

Cardiologist Recommendations :

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

Signature:

مدیریت درمان استان اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی :

فرم ارجاع به نفرولوژیست (فوق تخصص کلیه)

Name : **Age:** **Physician:** **DATE:**

Current Complaint (N) :

Nephropathy ☐

stage I ☐

stage II ☐

stage II ☐

Micro – Albuminuria ☐ (Above 30 mg/d)

Macro – Albuminuria ☐ (Above 300 mg/d)

BPH ☐

Urolithiasis ☐

Proteinuria ☐ (Above 150 mg/d)

Hematuria ☐

Azothemia (BUN , Crea) ☐

-Nephrotic syndrome

(ESRD)

Risk Factors :

DM

Type I ☐

Type II ☐

Gestational ☐

Other : ………………

HTN ☐

Smoking ☐

Recurrent UTI ☐

DLP ☐

CAD ☐

CVA ☐

Retinopathy PDR ☐

Obesity ☐ (BMI above 30)

NPDR ☐

Current prescribed drugs with dose

1)	6)
2)	7)
3)	8)
4)	9)
5)	10)

Nephrologist's Note :

……

……

……

……

……

……

Signature :