

جمهوری اسلامی ایران
برنامه کشوری مبارزه با سل
فرم بیماری یابی موارد مشکوک

محل بیماریابی:

مرکز بهداشتی درمانی..... خانه بهداشت..... پایگاه بهداشتی..... تیم سیار.....
زندان..... بیمارستان.....(بخش..... تخت..... شماره پرونده.....)مطب.....
سایر مراکز درمانی ذکرشود.....

نام و نام خانوادگی..... سن.....جنس: مرد زن ملیت: ایرانی غیرایرانی
وضعیت تاهل: مجرد متاهل جدانشده از همسر همسر مرده وزن:.....
نشانی کامل:.....

شماره کامل شهرستان(برای بیماران تحت درمان):.....

علت انجام آزمایش:تشخیص ادامه درمان

ندارد	دارد	سابقه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ابتلای قبلی به سل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصرف داروی ضدسل(بیش از یک ماه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری سل در خانواده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود سرفه در افراد دیگر خانواده

ندارد	دارد	علائم بالینی و شکایات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرفه(بیش از سه هفته)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط حاوی خون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تب

امکان تلقیح ب ث ژ: دارد ندارد مشکوک
آیاسابقه تلقیح ب ث ژ در کارت واکسن بیمار وجود دارد؟ بلی خیر کارت واکسن ندارد

شماره مسلسل نمونه	تاریخ دریافت نمونه از بیمار	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه	نام و امضای گیرنده نمونه:
نمونه 1		
نمونه 2			
نمونه 3			

نتایج آزمایشگاهی میکروبیشناسی خلط

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه	نتیجه						
			مثبت	منفی	درجه مثبت بودن نمونه				
					1 تا 9 با سیل (تعداد ذکر شود)	1+	2+	3+	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه:.....
شماره دفتر آزمایشگاه:.....
نام و امضای آزمایش کننده:.....
ملاحظات:.....
.....

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر:.....

کیفیت نمونه:در این ستون شکل ظاهری نمونه(آب دهان/چرکی مخاطی/خونی)ذکر شود(چنانچه نمونه خشک یا ناکافی بود در همین ستون منعکس گردد).