

جمهوری اسلامی ایران
برنام کشوری مبارزه با سل
فرم بیماریابی موارد مشکوک

محل بیماریابی:

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

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: مرد زن ملیت: ایرانی غیر ایرانی
وضعیت تاهل: مجرد متاهل جدا شده از همسر همسر مرده وزن:

نشانی کامل:
شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان):
علت انجام آزمایش: تشخیص ادامه درمان

ندارد	دارد	علائم بالینی و شکایات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ابتلای قبلی به سل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصرف داروی ضد سل (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

اسکار تلقیح ب ت ژ: دارد ندارد مشکوک
آیا سابقه تلقیح ب ت 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
نمونه ۱		
نمونه ۲		
نمونه ۳		

نام و امضای گیرنده نمونه:
.....

نتایج آزمایشگاهی میکروبیشناسی خلط

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه *	نتیجه		درجه مثبت بودن			
			منفی	مثبت	۱ تا ۹ با سیل (تعداد ذکر شود)	۱+	۲+	۳+
			<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"/>
			<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 دهنده:
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).