

جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از

افراد در تماس نزدیک با بیمار

نام و نام خانوادگی فرد در تماس: ..... نسبت با بیمار: .....

جنس: ..... سن در زمان اولین بررسی: ..... تلفن تماس: .....

نتیجه نهایی			نتیجه رادیولوژی (در صورت نیاز انجام می شود)	نتیجه تست تشخیصی سل هفته قطر ایندوراسیون (PPI) (البته تنها در صورت نیاز انجام می شود)	انجام آزمایش باکتریولوژی		بیماری زمینه ای، با مصرف داروی تضعیف کننده سیستم ایمنی (ذکر شود)	علائم بالینی							ویزیت توسط پزشک		وزن	تاریخ بررسی	نوبت بررسی
آموزش و پیگیری	پروفیلاکسی	درمان ضد سل (شماره سل)			بلی	خیر		بدون علامت	تنگی نفس	درد قفسه سینه	تب و تعریق	کاهش وزن	خلط	سرفه	خیر	بلی			
																		اول (بدو تشخیص)	
																		دوم (یکماه بعد از بررسی اول)	
																		سوم (ماه پایانی درمان)	
																		چهارم (۶ ماه بعد از نوبت سوم)	
																		پنجم (۶ ماه بعد از نوبت چهارم)	
																		ششم (۶ ماه بعد از نوبت پنجم)	

توجه: در موارد دارای ضربدر و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتریولوژیک کامل قید گردد. مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال، علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.