

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

محل بیماریابی:

مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت پایگاه بهداشت تیم سیار
 زندان بیمارستان (بخش تخت شماره پرنده) مطب
 سایر مرکز درمانی (ذکر شود)
 نام و نام خانوادگی شخص ارجاع دهنده فرد مشکوک:
 نام و نام خانوادگی: سن: جنس: مرد زن ملیت: ایرانی غیر ایرانی
 نام پدر: 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	سابقه
<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 شکایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرفه (بیش از دو 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 ث ژ: دارد ندارد مشکوک
 آیا سابقه 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	نمونه
			۱ نمونه
			۲ نمونه
			۳ نمونه

نام و امضای گیرنده نمونه:
.....

نتایج آزمایشگاهی میکروب شناسی خلط

درجه مثبت بودن اسمیر				نتیجه		کیفیت نمونه *	تاریخ انجام آزمایش	نمونه
۳+	۲+	۱+	۱ تا ۹ باسیل (تعداد ذکر شود)	مثبت	منفی			

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه
 تاریخ تهیه اسمیر:
 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).