

فرم درخواست انجام کشت یا آنتی بیوگرام برای نمونه خلط

نام و نام خانوادگی: سن:
 نام پدر: جنس: مرد زن ملیت: ایرانی غیر ایرانی
 نشانی کامل:

نام دانشگاه/ دانشکده: نام شهرستان:
 واحد تهیه/ ارسال نمونه: مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت پایگاه بهداشتی
 تیم سیار زندان بیمارستان (بخش تخت شماره پروند)
 مطب سایر مراکز درمانی (ذکر شود)

نوع بیمار: جدید وارده عود درمان بعد از شکست درمان بعد از غیبت MDR-TB سایر موارد (ذکر شود):
 شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان): تاریخ شروع به درمان ضد سل فعلی (برای بیماران تحت درمان): ۱۳ / /
 سابقه مصرف داروهای ضد سل:

داروهای مصرف شده	از تاریخ	تا تاریخ
ایزونیازید		
ریفامپین		
اتامبوتول		
استرپتومايسين		
پیرازینامید		

نمونه گیری در چه زمانی از دوره درمانی انجام شده است؟ قبل از شروع درمان حین درمان
 تاریخ جمع آوری نمونه: ۱۳ / / تاریخ تکمیل فرم: ۱۳ / /
 نام و سمت تکمیل کننده فرم: امضاء:

نتایج آزمایشگاهی میکروشناسی خلط

(این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود)

نتایج میکروسکوپی	نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه	درجه مثبت بودن نمونه			
				۹-۱	+۱	+۲	+۳
نتیجه مثبت	منفی						
	۱						
	۲						
	۳						

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه: ۱۳ / /
 شماره دفتر آزمایشگاه:

نتایج کشت	نمونه	تاریخ انجام آزمایش	نتیجه		تعداد کلونی	زمان رشد	هویت مایکوباکتریوم	
			منفی	منفی			NTM	TM
	۱							
	۲							
	۳							

لیست داروها	نتیجه آنتی بیوگرام				ملاحظات
	روش سریع		روش Proportional		
	حساس	مقاوم	حساس	مقاوم	
					تاریخ گزارش نتیجه: ۱۳ / / نام و آدرس آزمایشگاه:
					نام و امضاء کارشناس آزمایشگاه:
					نام و امضاء مسئول آزمایشگاه: