

فرم بررسی و دریافت درمان پیشگیری کودک زیر ۶ سال در تماس

نام و نام خانوادگی کودک: نام پدر:

تاریخ تولد: / / وزن:

خلاصه شرح حال و مشاهدات بالینی کودک

نام کامل و مهر پزشک:

تست پوستی توبرکولین اولیه: تاریخ انجام تست: / / نام انجام دهنده:

تاریخ تولید ویال: / / PPD Batch Number:

تاریخ قرائت تست: / / نام قرائت کننده:

اندازه قطر اندوراسیون (بر حسب میلی متر):

رادیوگرافی قفسه سینه اولیه:

تاریخ انجام: / / قرائت کننده CXR کودک: رادیولوژیست ، متخصص کودکان ، پزشک عمومی ، رادیولوژی انجام نشده است (ذکر دلیل:

شرح گرافی اولیه:

آزمایش شیره معده اولیه (در صورت انجام): تعداد دفعات:

تاریخ انجام: / /

نتیجه اسمیر:

نتیجه کشت:

نتیجه کلی: رد سل فعال ← آیا رد سل فعال با تشخیص یا تایید متخصص کودکان بوده است؟ خیر بلی (نامه ممهور به مهر متخصص کودکان در پرونده بایگانی شود)

تاریخ آغاز پروفیلاکسی: / /

رژیم و دوز داروی پروفیلاکسی:

ماه / روز	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱		

تست پوستی توبرکولین نوبت دوم: تاریخ انجام تست: / / نام انجام دهنده:

تاریخ قرائت تست: / / نام قرائت کننده:

اندازه قطر اندوراسیون (بر حسب میلی متر):

رادیوگرافی قفسه سینه نوبت دوم: تاریخ انجام: / /

شرح گرافی: