**فرم شمارة 1**

**جمهوري اسلامي ايران**

**برنامة كشوري مبارزه با سل**

**فرم بيماري موارد مشكوك**

**محل بيماريابي:**

**مركز بهداشتي درماني--------------خانة بهداشت-----------پايگاه بهداشتي------------ تيم سيار----**

**زندان---------- بيمارستان------------ (بخش -------- تخت--------- شمارة پرونده-----) مطب---------**

**ساير مراكز درماني ذكر شود--------------------------------**

**نام و نام خانوادگي: ------------------نام پدر ---- سن: ----- جنس: مرد□ زن□ مليت: ايراني□ غيرايراني□**

**وضعيت تأهل: مجرد□ متأهل□ جداشده از همسر□ همسر مرده□ وزن: -----------------**

**نشاني كامل: ------------------------------------------------------------------**

**شمارة سل شهرستان(براي بيماران تحت درمان): ----------------------------------**

**علت انجام آزمايش: تشخيص□ ادامة درمان□**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **علائم باليني و شكايات** | **دارد** | **ندارد** |  | **سابقه** | **دارد** | **ندارد** |
| **سرفه(بيش از سه هفته)** | **□** | **□** | **ابتلاي قبلي به سل** | **□** | **□** |
| **خلط** | **□** | **□** | **مصرف داروي ضد سل(بيش از يك ماه)** | **□** | **□** |
| **خلط حاوي خون** | **□** | **□** | **بيماري سل در خانواده** | **□** | **□** |
| **تب** | **□** | **□** | **وجود سرفه در افراد ديگر خانواده** | **□** | **□** |

|  |
| --- |
| **اسكار تلقيح ب ث ژ: دارد□ ندارد□ مشكوك□****آيا سابقة تلقيح ب ث ژ در كارت واكسن بيمار وجود دارد؟ بلي□ خير□ كارت واكسن ندارد□** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **شمارة مسلسل نمونه** | **تاريخ دريافت نمونه از بيمار** | **تاريخ ارسال نمونه به آزمايشگاه** | **نام و امضاي گيرندة نمونه:****........................................................** |
| **نمونة 1** |  |  |  |
| **نمونة 2** |  |  |  |
| **نمونة 3** |  |  |  |

**نتايج آزمايشگاهي ميكروب‌شناسي خلط**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ وصول نمونه به آزمايشگاه: ...............****شمارة دفتر آزمايشگاه:......................****نام و امضاي آزمايش‌كننده: ...................****ملاحظات: ....................................** | **نمونه** | **تاريخ انجام آزمايش** | **كيفيت نمونه٭** | **نتيجه** | **درجة مثبت بودن نمونه** |
| **منفي** | **مثبت** | **1 تا 9 باسيل****(تعداد ذكر شود)** | **+1** | **+2** | **+3** |
|  |  |  | □ | □ | □...................... | □ | □ | □ |
|  |  |  | □ | □ | □...................... | □ | □ | □ |
|  |  |  | □ | □ | □....................... | □ | □ | □ |

**تاريخ دريافت نتيجه توسط مركز درمانگر: ................................................................................................**

**\* كيفيت نمونه: در اين ستون شكل ظاهري نمونه (آب دهان/ چركي مخاطي/ خوني) ذكر شود(چنانچه نمونه خشك يا ناكافي بود در همين ستون منعكس گردد.)**