فرم شماره 1 **جمهوری اسلامی ایران**

**برنامه کشوری مبارزه با سل**

**فرم بیماریابی موارد مشکوک**

**محل بیماریابی :**

مرکز بهداشتی درمانی ........................................... خانه بهداشت ................................ پایگاه بهداشتی ............................... تیم سیار ..........................................

زندان ............................ بیمارستان ........................................................... ( بخش ...................... تخت ........... شماره پرونده .............. ) مطب ..........................

 سایر مراکز درمانی ذکر شود ...........................................

نام و نام خانوادگی : .............................. سن : ............................... جنس : مرد 🖵 زن 🖵 ملیت : ایرانی 🖵 غیرایرانی 🖵

وضعیت تأهل : مجرد 🖵 متأهل 🖵 جداشده از همسر 🖵 همسرمرده 🖵 وزن : ..................

نشانی کامل : ....................................................................................................................................................................................................................................

شماره سل شهرستان ( برای بیماران تحت درمان ) : .............................................................................................................................

علت انجام آزمایش : تشخیص 🖵 ادامه درمان 🖵

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| علائم بالینی و شکایات | دارد | ندارد |  | سابقه  | دارد | ندارد |
| سرفه ( بیش از سه هفته ) | 🖵 | 🖵 | ابتلای قبلی به سل  | 🖵 | 🖵 |
| خلط  | 🖵 | 🖵 | مصرف داروی ضد سل ( بیش از یکماه )  | 🖵 | 🖵 |
| خلط حاوی خون  | 🖵 | 🖵 | بیماری سل در خانواده  | 🖵 | 🖵 |
| تب  | 🖵 | 🖵 | وجود سرفه در افراد دیگر خانواده  | 🖵 | 🖵 |

|  |
| --- |
| 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 | نام و امضای گیرنده نمونه : ................................................ |
| نمونه 1 |  |  |  |
| نمونه 2 |  |  |  |
| نمونه 3 |  |  |  |

نتایج آزمایشگاهی میکروب شناسی خلط

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه : .................................. | نمونه | تاریخ انجام آزمایش | کیفیت نمونه \* | نتیجه | درجه مثبت بودن نمونه |
| منفی | مثبت | 1 تا 9 با سیل( تعداد ذکر شود ) | + 1 | + 2 | + 3 |
| شماره دفتر آزمایشگاه : .................................................. |
| نام و امضاء آزمایشگاه 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 )