

فرم بیماریابی موارد مشکوک

بیمارستان دکتر شریعتی

محل بیماریابی :

بیمارستان (بخش تخت شماره پرونده) کد ملی بیمار:

نام و نام خانوادگی : سن : جنس : مرد ☐ زن ☐ ملیت : ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐
 وضعیت تأهل : مجرد ☐ متأهل ☐ جدانشده از همسر ☐ همسر مرده ☐ وزن :
 نشانی کامل :

شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان) :
 علت انجام آزمایش : تشخیص ☐ ادامه درمان ☐

سابقه	دارد	ندارد
ابتلای قبلی به سل	☐	☐
مصرف داروی ضد سل (بیش از یکماه)	☐	☐
بیماری سل در خانواده	☐	☐
وجود سرفه در افراد دیگر خانواده	☐	☐

علائم بالینی و شکایات	دارد	ندارد
سرفه (بیش از سه هفته)	☐	☐
خلط	☐	☐
خلط حاوی خون	☐	☐
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		نام و امضای گیرنده نمونه / پرستار بخش
نمونه ۲		
نمونه ۳		

نتایج آزمایشگاهی میکروب شناسی خلط

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

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه :
 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)