

برنامه پیشگیری و درمان سالک  
فرم ارجاع موارد مشکوک به سالک

شماره مسلسل بیمار:..... تاریخ ارجاع بیمار:.....

محل بیماریابی و شماره تلفن: مرکز بهداشتی درمانی:..... خانه بهداشت:.....

پایگاه بهداشتی:..... تیم سیار:..... مطب خصوصی:..... درمانگاه:.....

بیمارستان:..... سایر موارد ذکر شود:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:..... سن:..... جنس: مرد  زن  نام پدر:.....

ملیت: ایرانی  غیر ایرانی  تعداد افراد خانوار:.....

نشانی و شماره تلفن منزل:.....

شماره سالک شهرستان (برای بیمارانی که درمان را کامل کرده بهبود نیافته یا غیبت داشته و مجدد مراجعه کرده اند).....

مورد بیمار جدید  بقیه موارد شامل عود، شکست درمان، غیبت از درمان، مقاوم یا سایر موارد

علائم بالینی:

مدت زمان بروز عارضه:..... شکل ضایعه یا ضایعات:.....

تعداد و محل ضایعات:.....

سابقه ابتلاء قبلی به سالک: دارد  ندارد  تاریخ ابتلاء:..... سابقه استفاده از رژیم درمانی ضد سالک استاندارد: دارد  ندارد

موضعی  سیستمیک  توام  مدت درمان به روز:.....

بیماری مشابه بطور همزمان در خانواده: دارد  ندارد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم و امضاء:.....

نتایج آزمایشگاهی انگل شناسی اسمیر ضایعه پوستی

تاریخ نمونه برداری در آزمایشگاه:...../...../.....

شماره دفتر آزمایشگاه سالک:.....

تعداد نمونه های گرفته شده:.....

نام و امضاء آزمایش کننده:.....

ملاحظات:.....

نتیجه آزمایش	
مثبت	منفی

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر:.....