

فرم بررسی انفرادی بیماری کیست هیداتیک
تاریخ تهیه فرم :

بیمار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند
مرکز بهداشت شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی شهری :
مرکز بهداشتی روستایی:
خانه بهداشت :
تیم سیاری

نام خانوادگی : نام پدر : سن : جنس :

شغل : میزان سواد:

آدرس محل سکونت:

تاریخ بروز علائم : تاریخ تشخیص:

اعضاء مبتلا : تعداد کیست:

علائم بالینی بیمار :

نتایج آزمایشات تشخیصی (مقدار آلكالین فسفاتاز مورد نظر است)

بررسی همه گیرشناسی :

سابقه تماس با سنگ :

سابقه و نحوه مصرف سبزیجات:

اقدامات پیگیری :

نتیجه اقدامات درمانی با ذکر درمان دارویی یا جراحی :

نام پزشک بررسی کننده: تاریخ بررسی : امضاء و شماره نظام پزشکی:

نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسؤول مبارزه با بیماری‌های شهرستان:

امضاء

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.