

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم بررسی انفرادی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال

بیماری سالک شهرستان مرکز بهداشت ماه

مشخصات بیماری	شماره بیمار: نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانی <input type="checkbox"/> پاکستانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> کد ملی: شغل: کودک <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> کشاورز <input type="checkbox"/> دامدار <input type="checkbox"/> کشاورز و دامدار <input type="checkbox"/> سایر مشاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> محل سکونت بیمار: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> آدرس محل سکونت: کد پستی:
سوابق ابتداء سبب بیماری	سابقه مسافرت در یکسال گذشته: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> محل مسافرت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> هردو <input type="checkbox"/> تاریخ بروز بیماری:/...../..... تاریخ تشخیص:/...../..... (زمانی که بیمار بعنوان مورد قطعی مبتلا به سالک شناخته شده است) واحد ارجاع کننده: مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> مطب خصوصی <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> درمانگاه (تامین اجتماعی، ارتش، سپاه و.....) <input type="checkbox"/> آزمایشگاه خصوصی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه دولتی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نوع سالک شایع در منطقه آلوده شده: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> سابقه اسکار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سن ابتلاء در اسکار قبلی: ابتلاء همزمان سایر افراد خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
ت مشخصات	مورد بیماری: جدید <input type="checkbox"/> عود بعد از درمان موضعی <input type="checkbox"/> عود بعد از درمان سیستمیک <input type="checkbox"/> شکست درمان بعد از درمان موضعی <input type="checkbox"/> شکست درمان بعد از درمان سیستمیک <input type="checkbox"/> قطع درمان <input type="checkbox"/> مقاومت بالینی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
قبلی رژیم	رژیم درمانی استفاده شده قبلی: گلوکانتیم سیستمیک <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="checkbox"/> کرایو تراپی به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
مشخصات ضایعه	شکل ضایعه: موضعی <input type="checkbox"/> مرطوب <input type="checkbox"/> خشک <input type="checkbox"/> حاد <input type="checkbox"/> لویوئید <input type="checkbox"/> اسپوروتریکوئید <input type="checkbox"/> بیش از ۱۰ عدد <input type="checkbox"/> منتشر <input type="checkbox"/> محل ضایعه: صورت <input type="checkbox"/> سر و گردن <input type="checkbox"/> دست (مچ دست تا نوک انگشتان) <input type="checkbox"/> ساعد <input type="checkbox"/> بازو <input type="checkbox"/> تنه (بخشهای قدامی یا خلفی) <input type="checkbox"/> پا (مچ پا تا نوک انگشتان) <input type="checkbox"/> ساق <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> اندازه ضایعه: (اندازه بزرگترین ضایعه به سانتیمتر ثبت شود) تعداد ضایعات: طول مدت بروز ضایعه: (زمان را به ماه ثبت نمایید. منظور مدت زمان بین شیوع اولین علائم پوستی تا زمان تشخیص می باشد) و برای فاصله زمانی کمتر از یک ماه عدد صفر و در سایر موارد عدد صحیح بدون ممیز ثبت شود)
اطلاعات آزمایشگاهی	نتیجه اسمیر: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> آزمایش کشت انگل: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> آزمایش PCR: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> سایر آزمایشات تخصصی (در صورت مثبت بودن):
زمینه ای بیماری	بیماری زمینه ای: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نام بیماری زمینه ای: دیابت <input type="checkbox"/> فشار خون و/یا نارسایی قلبی <input type="checkbox"/> هیپاتیت و/یا بیماریهای کبدی <input type="checkbox"/> سرطان ها و/یا شیمی درمانی <input type="checkbox"/> بیماریهای روماتیسمی و/یا مصرف کورتن <input type="checkbox"/> نارسایی کلیه <input type="checkbox"/> سوء تغذیه <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
درمان نوع	رژیم درمانی تجویز شده: اندیکاسیون درمان ندارد (در نوع روستایی) <input type="checkbox"/> گلوکانتیم سیستمیک <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="checkbox"/> کرایو تراپی به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
درمان عوارض	نوع عارضه: اقدام: تاریخ:/...../.....
نتیجه درمان (پایان درمان)	نتیجه درمان را در پایان درمان اعلام نمائید. نتیجه درمان: بهبود یافته <input type="checkbox"/> در حال بهبودی <input type="checkbox"/> غیبت از درمان <input type="checkbox"/> شکست درمان <input type="checkbox"/> مقاومت بالینی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> مدت درمان سیستمیک: کمتر از ۷ روز <input type="checkbox"/> ۷-۱۰ روز <input type="checkbox"/> ۱۱-۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۴-۱۸ روز <input type="checkbox"/> ۱۸-۲۱ روز <input type="checkbox"/> مدت درمان موضعی: ۴-۱ هفته <input type="checkbox"/> ۵-۸ هفته <input type="checkbox"/> ۹-۱۲ هفته <input type="checkbox"/> تاریخ اعلام نتیجه درمان:/...../.....
تکمیل مشخصات	نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ:/...../..... امضاء: