

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="radio"/> زن <input type="radio"/> ملیت: ایرانی <input type="radio"/> افغانی <input type="radio"/> پاکستانی <input type="radio"/> عراقی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> کد ملی: شغل: کودک <input type="radio"/> محصل <input type="radio"/> نظامی <input type="radio"/> خانه‌دار <input type="radio"/> راننده <input type="radio"/> کارگر <input type="radio"/> کارمند <input type="radio"/> کشاورز <input type="radio"/> دامدار <input type="radio"/> کشاورز و دامدار <input type="radio"/> سایر مشاغل <input type="radio"/> بیکار <input type="radio"/> محل سکونت بیمار: شهری <input type="radio"/> روستایی <input type="radio"/> آدرس محل سکونت: کد پستی: |
| سوابق پیدایش بیماری | سابقه مسافرت در یک سال گذشته: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> محل مسافرت: شهری <input type="radio"/> روستایی <input type="radio"/> هر دو <input type="radio"/> نام شهر یا روستا: تاریخ بروز بیماری: تاریخ تشخیص: (زمانی که بیمار بعنوان مورد قطعی مبتلا به سالک شناخته شده است) واحد ارجاع‌کننده: مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="radio"/> مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="radio"/> مطب خصوصی <input type="radio"/> بیمارستان <input type="radio"/> درمانگاه (تأمین اجتماعی، ارتش، سپاه و...) <input type="radio"/> آزمایشگاه خصوصی <input type="radio"/> آزمایشگاه دولتی <input type="radio"/> سایر موارد <input type="radio"/> نوع سالک شایع در منطقه آلوده شده: شهری <input type="radio"/> روستایی <input type="radio"/> نامعلوم <input type="radio"/> سابقه اسکار: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> سن ابتلا در اسکار قبلی: ابتلاء همزمان سایر افراد خانواده: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> |
| مشخصات بیماری | مورد بیماری: جدید <input type="radio"/> عود بعد از درمان موضعی <input type="radio"/> عود بعد از درمان سیستمیک <input type="radio"/> شکست درمان بعد از درمان موضعی <input type="radio"/> شکست درمان بعد از درمان سیستمیک <input type="radio"/> قطع درمان <input type="radio"/> مقاومت بالینی <input type="radio"/> سایر موارد <input type="radio"/> |
| رژیم | رژیم درمانی استفاده شده قبلی: گلوکانتیم سیستمیک <input type="radio"/> گلوکانتیم موضعی <input type="radio"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="radio"/> کرایوتراپی به تنهایی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> |
| مشخصات ضایعه | شکل ضایعه: موضعی <input type="radio"/> مرطوب <input type="radio"/> خشک <input type="radio"/> حاد <input type="radio"/> لوپوئید <input type="radio"/> اسپوروتریکوئید <input type="radio"/> بیش از ۱۰ عدد <input type="radio"/> منتشر <input type="radio"/> محل ضایعه: صورت <input type="radio"/> سر و گردن <input type="radio"/> دست (مچ دست تا نوک انگشتان) <input type="radio"/> ساعد <input type="radio"/> بازو <input type="radio"/> تنه (بخش‌های قدامی یا خلفی) <input type="radio"/> پا (مچ پا تا نوک انگشتان) <input type="radio"/> ساق <input type="radio"/> ران <input type="radio"/> 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 می‌باشد 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="radio"/> منفی <input type="radio"/> انجام نشده <input type="radio"/> آزمایش کشت انگل: مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/> انجام نشده <input type="radio"/> آزمایش PCR: مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/> انجام نشده <input type="radio"/> سایر آزمایشات تخصصی (در صورت مثبت بودن): |
| بیماری زمینه‌ای | بیماری زمینه‌ای: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> نام بیماری زمینه‌ای: دیابت <input type="radio"/> فشار خون و/ یا نارسایی قلبی <input type="radio"/> هپاتیت و/ یا بیماریهای کبدی <input type="radio"/> سرطان‌ها و/ یا شیمی درمانی <input type="radio"/> بیماریهای روماتیسمی و/ یا مصرف کورتن <input type="radio"/> نارسایی کلیه <input type="radio"/> سوء تغذیه <input type="radio"/> HIV+ <input type="radio"/> سایر موارد <input type="radio"/> |
| نوع درمان | رژیم درمانی تجویز شده: اندیکاسیون درمان ندارد (در نوع روستایی) <input type="radio"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="radio"/> کرایوتراپی به تنهایی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> گلوکانتیم موضعی <input type="radio"/> گلوکانتیم سیستمیک <input type="radio"/> گلوکانتیم موضعی <input type="radio"/> |
| عوارض درمان | نوع عارضه: اقدام: تاریخ: |
| نتیجه درمان (پایان درمان) | نتیجه درمان را در پایان درمان اعلام نمایید. نتیجه درمان: بهبود یافته <input type="radio"/> در حال بهبودی <input type="radio"/> غیبت از درمان <input type="radio"/> شکست درمان <input type="radio"/> مقاومت بالینی <input type="radio"/> سایر موارد <input type="radio"/> مدت درمان سیستمیک: کمتر از ۷ روز <input type="radio"/> ۷-۱۰ روز <input type="radio"/> ۱۱-۱۴ روز <input type="radio"/> ۱۴-۱۸ روز <input type="radio"/> ۱۸-۲۱ روز <input type="radio"/> مدت درمان موضعی: ۱-۴ هفته <input type="radio"/> ۵-۸ هفته <input type="radio"/> ۹-۱۲ هفته <input type="radio"/> تاریخ اعلام نتیجه درمان: |
| مشخصات تکمیل‌کننده | نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ: امضاء سرپرست: |

#signature#

نتیجه درمان را یک ماه پس از پایان درمان اعلام نمائید

نام و نام خانوادگی بیمار شماره بیمار

| | | |
|---|---------------------------|---|
| بهبود یافته <input type="radio"/> در حال بهبودی <input type="radio"/> غیبت از درمان <input type="radio"/> شکست درمان <input type="radio"/> مقاومت بالینی <input type="radio"/> سایر موارد | | نتیجه درمان (پایان درمان) |
| #signature# | سمت: محل امضاء سرپرست: | نام و نام خانوادگی: تاریخ ارسال نتیجه درمان: |