جمهوری اسلامی ایران

برنامه کشوری مبارزه با سل

فرم انتقال/ ارجاع بیمار مبتلا به سل

این فرم با استفاده از کاغذ کاربن در سه نسخه تنظیم می گردد

نام واحد انتقال دهنده/ ارجاع دهنده تلفن : **۶۶۴۸۰۱۳۴** نمابر: **۶۶۹۷۸۱۳۲**

نام واحدی که بیمار به آنجا انتقال یا ارجاع میشود:

☐ بیمار انتقال یافته است ← شماره سل شهرستان در واحد انتقال دهنده (اولیه): .....تاریخ شروع درمان:.....

☐ بیمار ارجاع شده است ← ..... تاریخ شروع درمان:

نام و نام خانوادگی بیمار: سن : جنس: مرد ☐ زن ☐ ملیت : ایرانی ☐ غیرایرانی ☐

نشانی کامل بیمار در شهرستان انتقال/ ارجاع دهنده (اولیه) و شماره تلفن :

نوع بیمار: ریوی ☐ خارج ریوی ☐ محل: نتیجه اسمیر خلط در بدو تشخیص (با ذکر درجه مثبت بودن)

نوع بیماری: جدید ☐ عود ☐ وارده ☐ درمان بعد از غیبت ☐ سایر موارد ☐ ذکر کنید

گروه درمانی : Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ سایر ☐

داروهایی که بیمار در حال حاضر دریافت می کند و مقدار تجویز روزانه آنها بر حسب میلی گرم: ۱- H = ۲- R=

۳- Z = ۴- E = ۵- Vit B6 = ۶- Oflox = ۷- Amika =

۸- Prothionamide = ۹- Cyclo =

ملاحظات : (نتیجه آزمایشات خلط در طی درمان):

نشانی کامل بیمار در شهرستان مقصد و شماره تلفن :

تاریخ انتقال/ ارجاع نام فرد انتقال/ ارجاع دهنده و سمت: پزشک واحد – امضاء:

.....✂.....

مرکز بهداشت شهرستان انتقال/ ارجاع دهنده:..... شماره تلفن:..... شماره نمابر:.....

معاونت بهداشتی دانشگاه انتقال/ ارجاع دهنده:.....شماره تلفن:.....شماره نمابر:.....

(در این قسمت نتیجه درمان در موعد مقرر منعکس و به واحد ارجاع دهنده ارسال گردد)

نام و نام خانوادگی بیمار:..... سن:.....جنس: مرد☐ زن☐ ملیت: ایرانی ☐ غیرایرانی ☐

شماره سل شهرستان اولیه (درصورتی که بیمار انتقال یافته بوده است)..... تاریخ انتقال/ ارجاع...../...../.....

نتیجه آزمایشات خلط حین درمان (با ذکر تاریخ آزمایش)			نتیجه درمان	
نتیجه آزمایش خلط پس از پایان مرحله حمله ای:	مثبت ☐	منفی ☐	۱- بهبود یافته (با خلط منفی)	☐
			۲- تکمیل دوره درمان (بدون آزمایش خلط)	☐
نتیجه آزمایش خلط پس از پایان ماه چهارم درمان (برای گروه یک) و پس از پایان ماه پنجم (برای گروه دو)	مثبت ☐	منفی ☐	۳- غیبت	☐
			۴- فوت شده	☐
نتیجه آزمایش خلط در ماه پایانی درمان	مثبت ☐	منفی ☐	۵- شکست درمان	☐
			۶ – انتقال یافته	☐

ملاحظات : .....

.....✂.....

مرکز بهداشت شهرستان انتقال / ارجاع دهنده:.....شماره تلفن:.....شماره نمابر.....

معاونت بهداشتی دانشگاه انتقال / ارجاع دهنده:.....شماره تلفن:..... شماره نمابر:.....

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: جنس: مرد ☐ زن ☐ ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐

شماره سل شهرستان اولیه (در صورتی که بیمار انتقال یافته بوده است):.....

شماره سل شهرستان جدید (در صورتی که بیمار ارجاع یافته بوده است) : . تاریخ انتقال / ارجاع :

این بیمار در تاریخ: در این شهرستان ثبت شده است. نام مرکز درمان کننده :

نام تکمیل کننده و سمت : .امضاء :..... تاریخ تکمیل:

H = ایزونیازید R = ریفامپین E = اتامبوتول Z = پرازینامید Oflox = افلوکساسین Cyclo = سیکلوسرین Amika = آمیکاسین