

فرم درخواست انجام کشت یا آنتی بیوگرام برای نمونه خلط

نام و نام خانوادگی: سن: نام پدر: جنس: مرد زن
 ملیت: ایرانی کد ملی: غیر ایرانی شماره پاسپورت یا کارت اقامت:
 نشانی کامل:

نام دانشگاه / دانشکده: نام شهرستان:
 واحد تهیه / ارسال کننده نمونه: مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت پایگاه بهداشتی
 تیم سیار زندان بیمارستان (بخش تخت شماره پرونده)
 مطب سایر مراکز درمانی (ذکر شود)

نوع بیمار: جدید وارده عود درمان بعد از شکست درمان بعد از غیبت MDR-TB سایر موارد (ذکر شود)
 شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان): تاریخ شروع به درمان ضد سل فعلی (برای بیماران تحت درمان): ۱۳ / /
سابقه مصرف داروهای ضد سل:

داروهای مصرف شده	از تاریخ	تا تاریخ
ایزونیازید		
ریفامپین		
اتامبوتول		
استرپتومايسين		
پیرازینامید		

نمونه گیری در چه زمانی از دوره انجام شده است؟ قبل از شروع درمان / حین درمان

تاریخ جمع آوری نمونه: ۱۳ / / تاریخ تکمیل فرم: ۱۳ / /

نام و سمت تکمیل کننده فرم: امضاء:

(این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود) نتایج آزمایشگاهی میکروشناسی خلط

تاریخ وصول به آزمایشگاه
 ۱۳ / /
 شماره دفتر آزمایشگاه:

نتیجه میکروشناسی	نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه	نتیجه			
				درجه مثبت بودن نمونه			
				۹-۱ باسیل	+۱	+۲	+۳
۱							
۲							
۳							

نتیجه میکروشناسی	نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه	نتیجه			
				درجه مثبت بودن نمونه			
				۹-۱ باسیل	+۱	+۲	+۳
۱							
۲							
۳							

تاریخ گزارش نتیجه: ۱۳ / /

نام و آدرس آزمایشگاه

توضیحات	نتیجه آنتی بیوگرام				لیست داروها
	روش سریع		روش proportional		
	مقاوم	حساس	مقاوم	حساس	

نام و امضاء کارشناس آزمایشگاه

نام و امضاء مسئول آزمایشگاه