

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

بیماری کیست هیداتیک شهرستان مرکز بهداشتی درمانی ماه

مشخصات بیمار	<p>شماره بیمار: نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر:</p> <p>سن: جنس: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/></p> <p>ملیت: ایرانی <input type="radio"/> افغانی <input type="radio"/> پاکستانی <input type="radio"/> عراقی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> کد ملی:</p> <p>شغل: دامدار <input type="radio"/> کشاورز <input type="radio"/> خانه‌دار <input type="radio"/> کارگر <input type="radio"/> کارمند <input type="radio"/> محصل <input type="radio"/> دامپزشک <input type="radio"/> شکارچی <input type="radio"/> کودک <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/></p> <p>واحد ارجاع‌کننده بیمار:</p> <p>محل سکونت بیمار: شهری <input type="radio"/> روستایی <input type="radio"/> آدرس محل سکونت:</p> <p>کد پستی: تلفن:</p>
سوابق اپیدمیولوژیکی بیماری	<p>تاریخ بروز بیماری:/...../..... تاریخ تشخیص:/...../.....</p> <p>علائم بالینی در هنگام مراجعه: بزرگی کبد <input type="radio"/> درد شکم <input type="radio"/> درد قفسه سینه <input type="radio"/> سرفه <input type="radio"/></p> <p>سایر علائم بالینی:</p> <p>سابقه تماس با سگ: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> زمان تماس:</p> <p>نحوه مصرف سبزی خام: شستشو با آب <input type="radio"/> شستشو با آب و مواد شوینده <input type="radio"/> شستشو با آب و مواد ضد عفونی کننده <input type="radio"/> هر سه <input type="radio"/></p> <p>مورد <input type="radio"/></p> <p>سابقه مسافرت:</p>
اطلاعات آزمایشگاهی	<p>روش تشخیص: رادیولوژی <input type="radio"/> سی تی اسکن <input type="radio"/> MRI <input type="radio"/> در طی جراحی <input type="radio"/> ایمنو فلورسانس <input type="radio"/></p> <p>سایر اقدامات تشخیصی:</p> <p>تعداد کیست: اعضاء مبتلا: کبد <input type="radio"/> طحال <input type="radio"/> ریه <input type="radio"/> کلیه <input type="radio"/> شکم <input type="radio"/> مغز <input type="radio"/> چشم <input type="radio"/> استخوان <input type="radio"/></p> <p>سایر اعضاء مبتلا:</p>
درمان	<p>درمان: دارویی <input type="radio"/> جراحی <input type="radio"/> هردو <input type="radio"/></p> <p>طول مدت پیشنهادی درمان دارویی: دو ماه <input type="radio"/> چهار ماه <input type="radio"/> شش ماه <input type="radio"/> بیشتر از شش ماه <input type="radio"/></p> <p>عاقبت درمان: بهبودی <input type="radio"/> فوت <input type="radio"/></p>
هماهنگی	<p>هماهنگی با اداره کل دامپزشکی:</p>
سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری:	<p>.....</p>
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان:	<p>انتقال محلی: انتقال منطقه‌ای: انتقال بین‌المللی:</p> <p>هماهنگی با سایر استانها:</p> <p>نام پزشک بررسی کننده: تاریخ بررسی: امضاء و شماره نظام پزشکی:</p>
مشخصات تکمیل کننده	<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمت:</p> <p>تاریخ: امضاء:</p>