

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی انفرادی بیماری سالک

ماه

دوره تکمیل: روزانه

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

| | |
|--|---------------------------|
| شماره بیمار: نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر: | مشخصات بیماری |
| 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"/> خانه‌دار <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"/> | سوابق بیماری |
| محل سکونت بیمار: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> آدرس محل سکونت: | |
| کد پستی: | سوابق بیماری |
| سابقه مسافرت در یک سال گذشته: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> محل مسافرت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> هر دو <input type="checkbox"/> | |
| تاریخ بروز بیماری: تاریخ تشخیص: (زمانی که بیمار بعنوان مورد قطعی مبتلا به سالک شناخته شده است) | سوابق بیماری |
| واحد ارجاع‌کننده: مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> مطب خصوصی <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> درمانگاه (تأمین 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"/> | سوابق بیماری |
| سابقه اسکار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سن ابتلا در اسکار قبلی: ابتلاء همزمان سایر افراد خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | |
| 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"/> | مشخصات بیماری |
| شکست درمان بعد از درمان سیستمیک <input type="checkbox"/> قطع درمان <input type="checkbox"/> مقاومت بالینی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> | رژیم قبلی |
| رژیم درمانی استفاده شده قبلی: گلوکانتیم سیستمیک <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="checkbox"/> کرایوترابی به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | |
| شکل ضایعه: موضعی <input type="checkbox"/> مرطوب <input type="checkbox"/> خشک <input type="checkbox"/> حاد <input type="checkbox"/> لوپوئید <input type="checkbox"/> اسپوروتریکوئید <input type="checkbox"/> بیش از ۱۰ عدد <input type="checkbox"/> منتشر <input type="checkbox"/> | مشخصات ضایعه |
| 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: | اطلاعات آزمایشگاهی |
| 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) | |
| 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"/> | بیماری |
| آزمایش PCR: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> سایر آزمایشات تخصصی (در صورت مثبت بودن): | |
| بیماری زمینه‌ای: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> | بیماری زمینه‌ای |
| نام بیماری زمینه‌ای: دیابت <input type="checkbox"/> فشار خون / یا نارسایی قلبی <input type="checkbox"/> هیپاتیت و / یا بیماریهای کبدی <input type="checkbox"/> سرطان‌ها و / یا شیمی درمانی <input type="checkbox"/> | |
| بیماریهای روماتیسمی و / یا مصرف کورتن <input type="checkbox"/> نارسایی کلیه <input type="checkbox"/> سوءتغذیه <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> | نوع درمان |
| 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"/> کرایوترابی به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | |
| نوع عارضه: | عوارض درمان |
| اقدام: | |
| تاریخ: | نتیجه درمان |
| نتیجه درمان را در پایان درمان اعلام نمایید. | |
| 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"/> | نتیجه درمان (پایان درمان) |
| مدت درمان سیستمیک: کمتر از ۷ روز <input type="checkbox"/> ۷-۱۰ روز <input type="checkbox"/> ۱۰-۱۴ 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"/> ۸-۵ هفته <input type="checkbox"/> ۹-۱۲ هفته <input type="checkbox"/> | نتیجه درمان (پایان درمان) |
| تاریخ اعلام 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"/> | نتیجه درمان (پایان درمان) |
| نتیجه درمان یک ماه پس از پایان در مان اعلام تمائید | |

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز: