

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۵-۰۴-۲۰۱

تاریخ تکمیل : / /

ماه

فرم بررسی انفرادی بیماری سالک

دوره تکمیل: روزانه

 خانه بهداشت: مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد : مرکز بهداشتی درمانی شهری

شماره بیمار: نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر:
 سن: جنس: مرد زن ملیت: ایرانی افغانی پاکستانی عراقي سایر که ملی:
 شغل: کودک محصل نظامی خانه دار راننده کارگر کارمند کشاورز دامدار کشاورز و دامدار سایر مشاغل بیکار
 محل سکونت بیمار: شهری روستایی آدرس محل سکونت:
 کد پستی:

سابقه مسافرت در یک سال گذشته: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>	تاریخ بروز بیماری: تاریخ تشخیص: (زمانی که بیمار بعنوان مورد قطعی مبتلا به سالک شناخته شده است) واحد ارجاع کننده: مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="radio"/> 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 آلوه 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: ابلاته 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"/>	مشخصات بیماری
رژیم درمانی استفاده شده قبلی: گلوكاتئم سیستمیک <input type="radio"/> گلوكاتئم موضعی <input type="radio"/> گلوكاتئم موضعی + کرایو <input type="radio"/> کرایوتراپی به تنها <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>	شکل ضایعه: موضعی <input type="radio"/> مرتبط <input type="radio"/> خشک <input type="radio"/> حاد <input type="radio"/> لوپوئید <input type="radio"/> اسپورتوکریوئید <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 (مج دست تا نوک انگشتان) <input type="radio"/> ساعد <input type="radio"/> بازو <input type="radio"/> تن (بخش‌های قدامی یا خلفی) <input type="radio"/> پا (چ پا تا نوک انگشتان) <input type="radio"/> ساق <input type="radio"/> ران <input type="radio"/>	رژیم قبلی
آندازه 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)	بیماری زمینه‌ای: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/>	اطلاعات آزمایشگاهی
نتیجه آزمایش: مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/> انجام نشده <input type="radio"/> آزمایش کشته 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):	نام بیماری زمینه‌ای: دیابت <input type="radio"/> فشار خون و/ یا تارسایی 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"/> تارسایی کلیه <input type="radio"/> سوءتدغذیه <input type="radio"/> HIV+ <input type="radio"/> سایر موارد <input type="radio"/>	بیماری زمینه‌ای
نوع درمان: گلوكاتئم موضعی + کرایو <input type="radio"/> کرایوتراپی به تنها <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>	نوع درمان: تاریخ: اقدام:	عواض 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 هفت <input type="radio"/> ۵-۸ هفت <input type="radio"/> ۹-۱۲ هفت <input type="radio"/> تاریخ اعلام نتیجه درمان:	نتیجه درمان:	نتیجه درمان
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"/> نتیجه درمان یک ماه پس از پایان درمان اعلام تمائید	نتیجه درمان:	نتیجه درمان (پایان درمان)

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز: