

فرم ویژه جمع آوری اطلاعات مربوط به موارد سالک مقاوم به درمان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

مرکز بهداشت استان

"این قسمت توسط پزشک درمان کننده سالک شهرستان تکمیل گردد"

نام شهرستان: نام مرکز درمان کننده: نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ و شماره ثبت بیمار:
سن: جنس: شغل: ملیت:
محل بروز زخم: تاریخ بروز علائم: تاریخ تشخیص آزمایشگاهی: تاریخ شروع درمان:
نوع درمان تجویز شده: مدت درمان: سایر روشهای درمانی غیر متعارف مورد استفاده:
وجود بیماری زمینه ای با ذکر نام: سابقه ابتلاء، عود یا شکست درمان (با یا بدون اسکار):
*سابقه دریافت درمان قبلی (سابقه بطور کامل ذکر شود):

نام پزشک معالج
مهر و امضاء

آدرس کامل و شماره تماس بیمار:

*شامل بیماران عود، مقاوم یا شکست درمانی می شود که حداقل یک دوره درمان موضعی یا سیستمیک کامل دریافت نموده اندولی تاکنون شواهدی از بهبود در زخم آنها دیده نمی شود.

"این قسمت توسط آزمایشگاه تشخیص سالک شهرستان تکمیل گردد"

سابقه مراجعه قبلی جهت زخم فعلی به آزمایشگاه: تاریخ مراجعه به آزمایشگاه:

نتیجه لام مستقیم: مثبت منفی

- لام مستقیم از بیمار تهیه و ارسال شد

- محیط کشت N.N.N از بیمار تهیه و ارسال شد

*تهیه یک نمونه مجدد از زخم بیمار روی محیط کشت NNN و ارسال به همراه این فرم جهت مرکز بهداشت استان الزامی است.

نام و مهر مرکز بهداشتی درمانی

نام و نام خانوادگی مسئول آزمایش
امضاء