

محل بیماریابی:

مرکز بهداشتی درمانی ..... خانه بهداشت ..... پایگاه بهداشتی ..... تیم سیار .....  
 زندان ..... بیمارستان ..... (بخش ..... تخت ..... شماره پرونده .....) مطب .....  
 سایر مراکز درمانی (ذکر شود .....)  
 نام و نام خانوادگی شخص ارجاع دهنده فرد مشکوک: .....  
 نام و نام خانوادگی: ..... سن: ..... جنس: مرد  زن  ملیت: ایرانی  غیر ایرانی   
 نام پدر: ..... وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  جدا شده از همسر  همسر مرده  وزن: .....  
 نشانی کامل: .....  
 شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان): .....

علت انجام آزمایش: تشخیص  ادامه درمان

ندارد	دارد	سابقه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ابتلای قبلی به سل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصرف داروی ضد سل (بیش از یک ماه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری سل در خانواده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود سرفه در افراد دیگر خانواده

ندارد	دارد	علائم بالینی و شکایات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرفه (بیش از دو هفته)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط حاوی خون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تب

اسکار تلقیح ب ث ژ: دارد  ندارد  مشکوک   
 آیا سابقه تلقیح ب ث ژ در کارت واکسن بیمار وجود دارد؟ بلی  خیر  کارت واکسن ندارد

شماره مسلسل نمونه	تاریخ دریافت نمونه از بیمار	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه
نمونه ۱		نام و امضای گیرنده نمونه: .....
نمونه ۲		.....
نمونه ۳		

نتایج آزمایشگاهی میکروب شناسی خلط

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه *	نتیجه		درجه مثبت بودن اسمیر		
			مثبت	منفی	۱ تا ۹ باسیل (تعداد ذکر شود)	۱+	۲+

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه .....  
 تاریخ تهیه اسمیر: .....  
 شماره دفتر آزمایشگاه: .....  
 نام و امضای آزمایش کننده: .....  
 ملاحظات: .....

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر: .....

\* کیفیت نمونه: در این ستون شکل ظاهری نمونه (آب دهان / چرکی مخاطی / خونی) ذکر شود (چنانچه نمونه خشک یا ناکافی بود در همین ستون منعکس گردد).