فرم شماره ۲

جمهوری اسلامی ایران

برنامهٔ کشوری مبارزه با سل

کارت درمان سل

کد ۱۴،۳۶

تاریخ ثبت در دفتر سل شهرستان:.....

شمارهٔ سل شهرستان : .....

نام مرکز درمان کننده:.....

نام و نام خانوادگی:..... تاریخ شروع بیماری:..... نام محل بیمار یابی:.....

نشانی کامل و شماره تماس بیمار:.....

نام،نشانی و شماره تماس فرد ناظر بر درمان بیمار:.....

نام،نشانی و شماره تماس یکی از نزدیکان بیمار:.....

جنسیت :مرد☐ زن☐ سن:..... ملیت: ایرانی☐ غیر ایرانی☐ ذکر شود:.....

وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل☐ جدا شده از همسر☐ همسر مرده☐

اسکار ب ث ژ: دارد☐ ندارد☐ مشکوک☐ سابقه تلقیح ب ث ژ بر اساس کارت واکسناسیون : دارد☐ ندارد ☐ کارت واکسناسیون ندارد ☐

نتیجه ی آزمایش توبرکولین(قطر اندوراسیون بر حسب میلی متر):.....

مرکز ارجاع دهنده/گزارش کننده:

نظام شبکه(واحد سر پایی تابعه) ☐ زندان☐

نظام شبکه(واحد بستری دانشگاهی/آموزشی تابعه) واحد های بهداشتی درمانی نیروی نظامی و انتظامی☐

نظام شبکه(واحد بستری غیر آموزشی تابعه) مطب یا درمانگاه خصوصی☐

مراجعهٔ مستقیم بیمار به مرکز سل(خود معرف)☐ بیمارستان خصوصی☐

تامین اجتماعی☐ سایر☐ ذکر شود:.....

نوع بیماری

ریوی☐ خارج ریوی☐

محل:.....

نوع بیمار

جدید☐ عود☐

وارده☐ درمان بعد از غیبت ☐

سایر موارد ☐ ذکر کنید.....

مرحلهٔ درمان حمله ای:رژیم درمانی و مقادیر داروها

گروه مناسب را علامت بزنید؛ سپس مصرف روزانه هر داروی مصرفی را بر حسب **میلی گرم** در خانه های مربوط به نوع دارو ثبت کنید.

گروه ۱☐ گروه۲☐

موارد جدید (اعم از اسمیر مثبت،منفی و خارج ریوی)

E(s)	Z	R	H

درمان مجدد

S	E	Z	R	H

ماه از شروع درمان	نتایج آزمایش خلط									وزن(kg)
	آزمایشگاه محلی			آزمایشگاه مرجع						
	تاریخ	شماره	اسمیر	تاریخ	شماره	اسمیر	کشت	مقاوم به	حساس به	
صفر										
پایان ماه۲/۳										
پایان ماه۴/۵										
ماه آخر درمان										

پس از مصرف دارو ها خانه ی مناسب را علامت بزنید(علامت* برای مصرف با نظارت مستقیم،علامت - برای مصرف بدون نظارت مستقیم و خانه ی بدون علامت برای مصرف نکردن دارو):

ماه / روز	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱