

جناب آقای /سرکار خانم .....

با سلام، ما به شما برای آنکه بیماریتان تشخیص داده شده و تحت درمان قرار گرفته اید تبریک می گوئیم؛ زیرا این بیماری هر چه زودتر تشخیص داده شده و تحت درمان منظم قرارگیرد کمترین عارضه را برای شما و اطرافیانتان دارد.

برای آنکه بتوانید به ما در امر مراقبت و درمان خود بیشتر کمک کنید، لطفا توضیحات زیر را به دقت مطالعه کرده و به خاطر بسپارید:

**مقدمه:** بیماری سل یک بیماری عفونی واگیر است که عامل ایجاد کننده آن میکروبی است که از طریق تنفس، از فرد مبتلا به سل به فرد سالمی که در تماس با او قرار گرفته منتقل می شود. البته تمام افرادی که میکروب وارد بدنشان شده بیمار نمی شوند و میکروب ممکن است در بدن آنها بدون آنکه بیماری را ایجاد کند توسط سیستم دفاعی زندانی و مهار شود. اما چنانچه سیستم دفاعی بدن آنها، در آن زمان و یا بعدها، به هر علتی ضعیف شود، میکروبی که از هفته ها، ماه ها و یا حتی سالها قبل در بدن زندانی بوده آزاد می شود و فرد را به بیماری مبتلا می کند.

بیماری سل می تواند هر عضوی از بدن را دچار کند ولی از همه بیشتر، ریه ها را مبتلا می سازد. این بیماری چنانچه ریه ها را درگیر کند "سل ریوی" و در صورت مبتلا کردن سایر اعضای بدن "سل خارج ریوی" نامیده می شود. البته به مواردی از سل های ریوی که تعداد میکروب در خلط بیمار آنقدر زیاد است که در آزمایش خلط می توان آنها را زیر میکروسکوپ مشاهده کرد اصطلاحاً "سل ریوی اسمیر خلط مثبت" گفته می شود که این موارد سرایت پذیری بیشتری برای اطرافیان دارند.

بر اساس ارزیابی های به عمل آمده،

شما مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت  / سل ریوی اسمیر خلط منفی  / سل خارج ریوی  هستید.

\*\*\*\*\*

به شما توصیه می کنیم به موارد زیر دقت کرده و برای اثر بخشی بیشتر درمان خود بر مبنای آنها اقدام کنید :

۱. طول مدت درمان شما، حداقل ۶ ماه می باشد. البته در برخی موارد نیاز است که این مدت طولانی تر باشد که در آن صورت توسط پزشک یا کارمند بهداشتی به شما گفته خواهد شد.

۲. برای حصول بهترین نتیجه از مصرف داروها توصیه می کنیم نکات زیر را در نظر بگیرید:

☞ داروهای ضد سل برای اینکه بتوانند به خوبی جذب بدن شده و بهتر اثر کنند باید صبح ناشتا و بصورت یکجا مصرف شوند و حتی توصیه این است که حداقل تا سی دقیقه بعد از مصرف دارو چیزی میل نفرمائید.

☞ از آنجایی که مصرف منظم داروها برای جلوگیری از غیر قابل درمان شدن بیماری و بروز مقاومت دارویی واجب است، مانند تمام کشورهای دنیا، ما شرایطی را برای شما فراهم می کنیم تا یک شخص مطمئن آموزش دیده (که ترجیحا از میان پرسنل مرکز بهداشتی درمانی نزدیک محل سکونتتان انتخاب می شود) هر روز صبح بر مصرف کامل داروهای روزانه شما نظارت کند.

☞ حتی در صورت احساس بهبودی، هرگز نباید بدون دستور پزشک، و خودسرانه تصمیم به قطع درمان ضد سل خود بگیرید

۳. داروهای ضدسل می تواند باعث نارنجی شدن رنگ ادرار، عرق و حتی اشک چشم شما شوند، لذا این موضوع در طول درمان امری کاملا طبیعی است و نباید از دیدن آن نگران شوید.

۴. در تعداد کمی از بیماران، داروهای ضد سل ممکن است سبب ایجاد عوارض ناخواسته ای شوند که اغلب خود به خود برطرف می شوند؛ اما لازم است پزشک از آنها مطلع شده و در خصوص آنها تصمیم گیری کند. پس چنانچه در طول درمان، دچار زردی، استفراغ شدید، دانه های پوستی، خارش پوستی شدید یا هر گونه عارضه و ناراحتی دیگری شدید در اسرع وقت به پزشک معالج یا پرسنل مرکز بهداشتی درمانی مسئول درمان خود اطلاع دهید.

۵. چنانچه شما خانمی هستید که از قرص ضد بارداری استفاده می کنید، باید آگاه باشید که درمان ضد سل، اثر داروی ضد بارداری شما را بشدت کاهش داده و در نتیجه باید در طول درمان ضد سل، از یک روش جلوگیری از بارداری دیگر استفاده کنید.

۶. در طول دو ماه اول درمان باید هر دو هفته یکبار برای معاینه به مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک معالج خود مراجعه کنید. فاصله بین این ویزیت ها در ادامه درمان بیشتر شده و معمولا باید بصورت ماهانه انجام گیرد. (این ویزیت در مرکز بهداشتی درمانی رایگان ارائه می شود)

۷. در بیماری سل، سیستم دفاعی بدن باید تمامی توان خود را صرف مقابله با این بیماری کند. بنابر این چنانچه به هر علت دیگری (نظیر سوءتغذیه، دیابت، ابتلا به اچ آی وی و یا مصرف مواد مخدر و محرک) قدرت سیستم دفاعی بدن کاهش یابد، مسلما به راحتی از عهده این کار برنیاورده و در نتیجه این امر می تواند بر شدت بیماری سل شما افزوده و حتی برایتان خطرناک باشد. پس لازم است شما تمام عواملی را که می تواند سیستم ایمنی تان را ضعیف کند بشناسید و در صورت لزوم آنها را درمان کنید.

۸. بسیاری از افراد جامعه، بدون اینکه مطلع باشند ممکن است حامل ویروس اچ آی وی در بدن خود باشند. این ویروس وقتی وارد بدن کسی شود تا سالهای طولانی هیچ علامتی ایجاد نمی کند و تنها موجب ضعیف شدن تدریجی سیستم دفاعی بدن می شود. و همین امر می تواند یکی از دلایل ابتلای فرد به سل باشد. برخلاف تصور اغلب مردم، اگر فرد به موقع متوجه شود که ویروس اچ آی وی وارد بدنش شده است، با مراقبت و درمانهای رایگان می تواند طول عمری نسبتا عادی داشته باشد و زندگی معمولی خود را ادامه دهد. از آنجا که در بیماری اچ آی وی هم مانند سل، هر عاملی که توان سیستم ایمنی را کم کند می تواند باعث عوارض جدی برای فرد مبتلا به اچ آی وی شود، لذا به شما توصیه می کنیم اگر می دانید که مبتلا به اچ آی وی هستید، مرکز مراقبت اچ آی وی را از ابتدای خودتان به سل مطلع کنید و در غیر این صورت برای اطمینان از وضعیت ابتلای احتمالی خود به ویروس اچ آی وی به یکی از مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری مراجعه کنید. به این ترتیب شما می توانید در صورت لزوم همزمان با درمان سل، درمان مناسب اچ آی وی را هم دریافت کنید.

۹. بیماری دیابت (مرض قند) نیز از جمله بیماری هایی است که می تواند موجب ضعیف شدن تدریجی سیستم دفاعی بدن شود؛ به همین دلیل ضروری است در صورت ابتلای همزمان به سل و دیابت، برای حصول اطمینان از بهبود کامل بیماری سل و جلوگیری از عود آن در آینده، به کنترل قند خون خود در طول درمان ضد سل، حداکثر توجه را داشته باشید و پزشک درمانگر سل و دیابت خود را در جریان امر قرار دهید.

۱۰. توصیه می کنیم چنانچه احيانا استعمال کننده مواد مخدر یا محرک هستید، حداقل در طول درمان سل، از مصرف این مواد اجتناب کنید. بدیهی است در صورتی که به هیچ عنوان امکان ترک برایتان میسر نباشد، کاهش مقدار مصرف روزانه، استفاده از روش های غیر تزریقی و تغییر نوع ماده مصرفی با مشاوره پزشک/روانپزشک قویا توصیه می شود.

۱۱. دو ماه پس از شروع درمان، باید دو نمونه خلط جهت انجام آزمایش به مرکز بهداشتی درمانی تحویل دهید تا بر اساس نتیجه آن پزشک، نحوه ادامه رژیم درمانی شما را مشخص کند. البته در برخی موارد لازم است این آزمایش ۳ ماه پس از شروع

درمان انجام شود که در آن صورت توسط پزشک یا کارمند بهداشتی به شما گفته خواهد شد. (این آزمایش در شبکه های بهداشتی درمانی کشور رایگان می باشد)

۱۲. اطرافیان شما هم مانند خود شما ممکن است مبتلا به سل شوند. از آنجایی که شما از اهمیت تشخیص و درمان به موقع سل اطلاع دارید پس چنانچه در طول درمان خود و حتی تا ۲ سال پس از خاتمه درمان، در میان اطرافیانتان کسی دچار سرفه، تب یا کاهش وزن شد، حتما او را برای مراجعه به پزشک یا نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی تشویق کنید. (این ویزیت در مرکز بهداشتی درمانی رایگان ارائه می شود)

۱۳. از آنجا که سل عمدتاً از طریق تنفس منتقل می شود، در هنگام شستشو، نیازی به جداسازی ظروف و البسه شما از ظروف و البسه سایر افراد خانواده نمی باشد. اما در صورت ابتلا به سل ریوی، از تکان دادن البسه، ملحفه و رختخواب شما، قبل از شستشو، پرهیز شود.

۱۴. اگر شما مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت هستید، لازم است علاوه بر موارد ذکر شده قبلی به موارد زیر نیز توجه کنید

☞ حداقل در طول ۲ هفته اول درمان، باید در اتاقی جداگانه که حتی المقدور آفتابگیر و دارای پنجره و تهویه مناسب باشد بسر برده و ماسک بزنید. البته در برخی موارد نیاز به طولانی تر شدن طول مدت این جداسازی وجود دارد که در آن صورت توسط پزشک به شما گفته خواهد شد. (ساده ترین شیوه برای ایجاد تهویه مناسب، باز گذاشتن همزمان درب و پنجره اتاق است.)

☞ در طول ۲ هفته اول درمان:

- تمامی اطرافیان شما و بویژه "کودکان زیر ۶ سال"، "افراد مبتلا به اچ آی وی یا ایدز" و "بیماران دیابتی" باید از حضور در اتاقتان پرهیز کنند.
- در برخورد با اطرافیان، حتما دهان و بینی خود را با ماسک یا دستمال بپوشانید.
- اگر شما مادری هستید که کودک شیرخوار دارید می توانید تنها در زمان های شیر دهی، با استفاده از ماسک، به کودک خود شیر داده و حتی المقدور در طول این مدت سعی کنید صورت خود را رو به کودکتان نگه ندارید.

☞ به شما توصیه می کنیم که در جهت ارزیابی تمام کسانی که در طول ۳-۴ ماه گذشته با شما تماس نزدیک داشته و در منزل شما رفت و آمد کرده اند به ما کمک کنید. شما می توانید به آن افراد توصیه کنید که به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند. ضمناً می توانید برای آنان شرح دهید که عده زیادی از مردم میکروب سل را بصورت خفته در بدن خود دارند و همچون شما می توانند در معرض خطر ابتلا به سل باشند، پس بهتر است زودتر تحت ارزیابی قرار گیرند. (تاکید کنید که این ارزیابی ها رایگان انجام می شود.)

☞ حتماً مطمئن شوید تمام کودکان زیر ۶ سال که در طول ۳-۴ ماه گذشته با شما در تماس بوده اند تحت معاینه و بررسی توسط پزشک قرار گرفته و داروی خود را بطور روزانه مصرف کنند. (انجام این ویزیت و آزمایشات مورد نیاز در شبکه های بهداشتی درمانی کشور رایگان می باشد)

☞ علاوه بر آزمایش خلطی که ۲ ماه پس از شروع درمان از شما گرفته می شود، در باقیمانده طول درمان نیز، باید حداقل ۲ بار دیگر و با فواصل دو ماه یکبار، آزمایش خلط برایتان انجام شود.

چنانچه سوال یا نکته مبهمی در رابطه با این بیماری و یا توضیحات ارائه شده برایتان باقی مانده، می توانید پاسخ آن را از پزشک معالج، پزشک نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی به محل سکونتتان و یا کارشناس سل مستقر در مرکز بهداشت شهرستان دریافت کنید و یا به وب سایت اداره کنترل سل و جذام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (<http://tb.behdasht.gov.ir>) مراجعه نمایید.

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| شماره تماس                    |  |
| نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی |  |
| کارشناس سل شهرستان            |  |



## مشخصات فردی بیمار:

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... نام مادر: .....

جنس:  زن  مرد سن: ..... وزن (کیلوگرم): ..... قد (سانتیمتر): .....

ملیت:  ایرانی  کد ملی ثبت شود: .....

غیر ایرانی  الف) ملیت ذکر شود: .....، ب) شماره گذرنامه یا کارت اقامت ثبت شود: .....

محل زندگی: شهر ، روستا ، حاشیه شهر ، کوچ نشین ، خارج کشور ، سایر  (ذکر شود: .....) (.....)

وضعیت تاهل: مجرد ، متاهل ، مطلقه ، همسر مرده

میزان تحصیلات: بیسواد ، ابتدایی ، راهنمایی ، متوسطه و دیپلم ، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای حرفه ای ، دکترای تخصصی

شغل فعلی بیمار (عنوان کامل): ..... مدت: ..... ماه / سال

طبقه بندی فعلی شغل: قانون گزار، مقامات عالی رتبه و مدیران ، تکنسین / دستیار ، کارمند امور اداری / دفتری ،

کارمند خدماتی و یا فروشنده ، کارمند ماهر کشاورزی / جنگلداری / ماهیگیری ، صنعت گر / از کارکنان مشاغل مربوطه ،

متصدی / مونتاژکار ماشین آلات و دستگاهها ، راننده وسایل نقلیه ، نیروهای مسلح ، سایر با ذکر نام: .....

شغل قبلی بیمار (عنوان کامل): ..... مدت: ..... ماه / سال

وضعیت پوشش بیمه درمانی: ندارد ، دارد  (ذکر نوع بیمه: .....) (.....)

سابقه استعمال دخانیات:

| طول مدت مصرف<br>(سال) | متوسط تعداد پاکت سیگار یا<br>سر قلیان مصرفی (در روز) | طول مدت ترک<br>(سال) |   |
|-----------------------|--|----------------------|---|
|                       |  |                      | <input type="checkbox"/> ندارد              |
|                       |  |                      | <input type="checkbox"/> دارد               |
|                       |  |                      | داشته ولی ترک کرده <input type="checkbox"/> |
|                       |  |                      | <input type="checkbox"/> ندارد              |
|                       |  |                      | <input type="checkbox"/> دارد               |
|                       |  |                      | داشته ولی ترک کرده <input type="checkbox"/> |

نام سرپرست خانوار: ..... کد ملی سرپرست خانوار: .....

شماره پرونده خانوار: ..... تعداد افراد خانوار: .....

نشانی کامل بیمار: .....

تلفن تماس ثابت بیمار: ..... تلفن همراه بیمار: .....

### مشخصات یکی از نزدیکان بیمار (انتخاب شده بعنوان رابط بیمار):

نام و نام خانوادگی: ..... نسبت: ..... تحصیلات: .....

نشانی: .....

تلفن تماس: .....

### سوابق پزشکی بیمار:

سابقه ابتلا به سل در گذشته: نامشخص

ندارد

دارد  ← نوع بیماری سل: .....

نتیجه درمان سل قبلی: بهبود یافته ، تکمیل دوره درمان ، شکست ، غیبت

سابقه تماس با بیمار مبتلا به سل: نامشخص

ندارد

دارد  (تماس طی ۲ سال گذشته ○، طی ۲ تا ۵ سال گذشته ○، بیش از ۵ سال قبل ○)

نوع سل فرد/افراد مسلولی که با او تماس داشته: .....

نسبت فرد/افراد مسلول که با او تماس داشته: .....

سابقه "فاکتورهای خطر ابتلا به سل"، "فاکتورهای خطر ابتلا به بیماریهای رفتاری" و "بیماریهای زمینه ای مهم":

سیلیکوزیس      ندارد ، دارد ، نامشخص

دیابت قندی      ندارد ، دارد ، نامشخص

نارسایی کلیه      ندارد ، دارد ، نامشخص

بیماری مزمن ریوی      ندارد ، دارد ، نامشخص

سندرم سوء جذب مزمن      ندارد ، دارد ، نامشخص

جراحی گاسترکتومی و یا بای پس ژنویایلئال      ندارد ، دارد ، نامشخص

سرطان (در صورت وجود، اندام درگیر ذکر شود)      ندارد ، دارد ، نامشخص

پیوند عضو (در صورت وجود، اندام و تاریخ ذکر شود)      ندارد ، دارد ، نامشخص

عفونت اچ آی وی      ندارد ، دارد ، نامشخص

هیپاتیت B / C      ندارد ، دارد ، نامشخص

ادامه:

سابقه اعتیاد (در گذشته یا حال) ندارد ، دارد ، نامشخص

\* نوع ماده یا مواد مورد اعتیاد: الکل ، مواد افیونی غیر مجاز ، مواد توهم زا ، سایر

\* شکل یا اشکال اعتیاد: تدریجی ، تزریقی، وریدی ، تزریقی غیر وریدی ، مشامی ، خوراکی ، سایر

سابقه زندان (در گذشته یا حال) ندارد ، دارد ، نامشخص

سابقه روابط جنسی غیر ایمن ندارد ، دارد ، نامشخص

سابقه دریافت خون و فرآورده های خونی ندارد ، دارد ، نامشخص

تولد از مادر مبتلا به اچ آی وی (برای کودک مسلول) ندارد ، دارد ، نامشخص

داشتن همسر مبتلا به عفونت اچ آی وی ندارد ، دارد ، نامشخص

سابقه مصرف تزریقی مواد در همسر بیمار ندارد ، دارد ، نامشخص

سابقه زندان در همسر بیمار ندارد ، دارد ، نامشخص

سابقه روابط جنسی غیر ایمن در همسر بیمار ندارد ، دارد ، نامشخص

سایر بیماریهای زمینه ای بیمار (ذکر شود): .....

( .....

سابقه مصرف حداقل یکی از رده های دارویی زیر:

داروهای شیمی درمانی: ندارد ، دارد  نوع دارو: .....

داروهای ضد رد پیوند: ندارد ، دارد  نوع دارو: .....

آنتاگونیست های TNF $\alpha$ : ندارد ، دارد  نوع دارو: .....

کورتیکواستروئید بمدت طولانی: ندارد ، دارد  نوع دارو: .....

وضعیت زندانی بودن بیمار در زمان تشخیص: غیر زندانی ، زندانی  (افراد زندانی دارای رای باز یا در حال مرخصی هم زندانی محسوب می شوند)

نوع جرم: .....، تاریخ شروع محکومیت: ۱۳ / /

نوع مرکز تامینی و تربیتی که بیمار در آن بسر می برد: کانون ، بازداشتگاه ، ندامتگاه ، اردوگاه ، زندان مرکزی ، زندان

نوع بند: عمومی ، معتادین

بیمار در زمان تشخیص بی خانمان بوده است: خیر ، بلی

توصیف بیماری فعلی:

علائم بیماری:

|   |                |
|---|----------------|
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | خستگی:         |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | درد قفسه سینه: |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | تعریق:         |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | .....          |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | .....          |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | .....          |

|   |             |
|---|-------------|
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | سرفه:       |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | خلط:        |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | کاهش وزن:   |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | تب:         |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | کاهش اشتها: |
| ..... از چه مدت قبل: <input type="checkbox"/> | تنگی نفس:   |

تاریخ شروع علائم بیماری: ..... / ..... / ۱۳.....

بروز کدام علامت بعنوان "شکایت اصلی بیمار" سبب مراجعه بیمار برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی شده است؟ .....

.....

سابقه مراجعات قبلی:

آیا بیمار در طول بیماری فعلی و پیش از مراجعه ای که به تشخیص سل در وی منجر شده است، با همین علائم جهت تشخیص و درمان به جای دیگری نیز مراجعه کرده است؟

خیر  علت چه بوده است؟  دور بودن  نداشتن هزینه  عدم دسترسی  مهم ندانستن مشکل  خود درمانی .

امید به بهبود خودبخودی ، سایر  .....

بلی  جدول زیر به ترتیب آخرین مراجعه ها تکمیل شود (تاریخهای نزدیک بالاتر و تاریخهای دور پایینتر):

| ردیف | محل مراجعه* | چند بار | چه مدت قبل<br>(برحسب هفته) | آیا آزمایش خلط<br>درخواست شده؟ | نتیجه آزمایش خلط<br>(در صورت انجام) |
|------|-------------|---------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| ۱    |             |         |                            |                                |                                     |
| ۲    |             |         |                            |                                |                                     |
| ۳    |             |         |                            |                                |                                     |
| ۴    |             |         |                            |                                |                                     |
| ۵    |             |         |                            |                                |                                     |
| ۶    |             |         |                            |                                |                                     |

\* محل مراجعه می تواند مطب خصوصی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان، خانه یا پایگاه بهداشت و ..... باشد

آیا پیش از این، در طی مراجعه به افراد یا مراکز مختلف، به بیمار گفته شده که شاید مبتلا به سل باشد؟  خیر  بلی



مشخصات واحد ارجاع دهنده:

الف) شهرستان تشخیص دهنده:

شهرستان محل سکونت بیمار،  سایر شهرستانهای دانشگاه متبوع،  شهرستان های تحت پوشش سایر دانشگاه ها

ب) واحد گزارش کننده / ارجاع دهنده بیمار یا نمونه آزمایشگاهی وی با شک به سل (منظور: شک به سل در چه بخشی صورت گرفته است؟)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> بخش خصوصی  | <input type="checkbox"/> نظام شبکه (واحدهای سرپایی)                     |
| <input type="checkbox"/> بستری (بیمارستان خصوصی)                                    | <input type="checkbox"/> الف) خانه یا پایگاه بهداشت                     |
| <input type="checkbox"/> سرپایی (مطب یا کلینیک خصوصی)                               | <input type="checkbox"/> ب) مرکز بهداشتی درمانی                         |
| <input type="checkbox"/> الف) پزشک عمومی  | <input type="checkbox"/> نظام شبکه (واحدهای بستری)                      |
| <input type="checkbox"/> ب) پزشک متخصص (تخصص ذکر شود)                               | <input type="checkbox"/> زندان  |
| .....   | <input type="checkbox"/> واحدهای بهداشتی درمانی نیروهای نظامی و انتظامی |
| <input type="checkbox"/> مراکز بهزیستی و نگهداری افراد ناتوان و سالخورده            | <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی                                  |
| <input type="checkbox"/> خود معرف (بیمار در مراجعه، شک به سل را برای خود مطرح کرده) | <input type="checkbox"/> بخش بستری (بیمارستان)                          |
| <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود: .....                                       | <input type="checkbox"/> بخش سرپایی (کلینیک)                            |

ج) نام و نام خانوادگی فرد شناسایی کننده بیمار (با ذکر سمت): .....

نوع بیماری:

۱. ریوی اسمیر خلط مثبت: (درجه مثبت بودن اسمیر شروع درمان ثبت شود)
- ۱ تا ۹ باسیل در صد میدان میکروسکوپی، ○ ۱+ ، ○ ۲+ ، ○ ۳+
۲. ریوی اسمیر خلط منفی:
- فاقد باکتریولوژی مثبت
- با باکتریولوژی مثبت: اسمیر یا کشت BAL+ ، کشت خلط یا شیره معده مثبت □ ، GeneXpert + □
۳. ریوی اسمیر خلط نامشخص:
- فاقد باکتریولوژی مثبت □
- با باکتریولوژی مثبت: اسمیر یا کشت BAL+ □ کشت خلط یا شیره معده مثبت □ ، GeneXpert + □
۴. خارج ریوی محل (های) درگیری: .....

مورد بیماری :

آیا بیمار در این شهرستان وارده محسوب می شود؟ خیر ○، بلی ○  
 اگر بلی، از کجا؟ استان/دانشگاه: ..... شهرستان: .....  
 تاریخ انتقال از شهرستان مبدا: ..... / ..... / ۱۳.....  
 تاریخ شروع درمان در شهرستان مقصد: ..... / ..... / ۱۳.....

○ ۱. جدید:

○ ۲. درمان مجدد:

□ ۱-۲. عود

تاریخ اتمام درمان ضد سل قبلی:

نامشخص ○، در طول ۲ سال اخیر ○، ۲ تا ۵ سال اخیر ○، بیش از ۵ سال گذشته ○

□ ۲-۲. درمان بعد از غیبت

طول مدت غیبت از درمان: ..... طول مدت درمان ضد سل قبل از غیبت: .....

دلیل غیبت: .....

□ ۳-۲. درمان بعد از شکست

□ ۴-۲. سایر

□ ۱-۴-۲. عود اسمیر منفی با باکتریولوژی مثبت

□ ۲-۴-۲. عود اسمیر منفی فاقد باکتریولوژی مثبت

□ ۳-۴-۲. عود خارج ریوی با باکتریولوژی مثبت

□ ۴-۴-۲. عود خارج ریوی فاقد باکتریولوژی مثبت

□ ۵-۴-۲. سایر : (ذکر شود: .....) (.....)

تاریخ شروع درمان : ..... / ..... / ۱۳.....

تاریخ تشخیص : ..... / ..... / ۱۳..... گروه بندی درمانی و رژیم دارویی:

\* در صورت تجویز داروی ترکیبی، باید مقدار دارو بر حسب تعداد قرص و در صورت تجویز داروهای منفرد، مقدار داروها بصورت دوز روزانه برحسب میلی گرم در خانه مربوطه در جدول زیر درج شود. همچنین در صورت تجویز داروی ترکیبی، ضرورت دارد مقدار هر یک از اجزای دارویی محتوای یک قرص آن برحسب میلی گرم ثبت گردد.

| داروهای منفرد □ |   |     |     | داروهای ترکیبی □ |      |      | نوع داروی تجویزی<br>تاریخ شروع | طول مدت هر مرحله درمان به ماه | مرحله درمان     |
|-----------------|---|-----|-----|------------------|------|------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Z               | E | RIF | INH | 2FDC             | 3FDC | 4FDC |                                |                               |                 |
|                 |   |     |     |                  |      |      |                                |                               | مرحله حمله‌ای   |
|                 |   |     |     |                  |      |      |                                |                               | مرحله نگهدارنده |

توضیحات تکمیلی در صورت تغییرات برنامه درمانی:

|   |   |
|---|---|
| 2/3 FDC: H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | 4FDC: H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> |
|---|---|

\* 4FDC: دارو با ترکیب چهارتایی (RHEZ)، 3FDC: دارو با ترکیب سه تایی (HRE)، 2FDC: دارو با ترکیب دو تایی (HR)

نام پزشک مسئول بیمار در مرکز درمان کننده: ..... مهر و امضای پزشک: .....

**توجه: مستندات مربوط به یافته های پاراکلینیکی باید ضمیمه این پرونده گردند. این**

ضمائم حتی المقدور باید در قالب برگه گزارش مستقیم آزمایشگاه یا رادیولوژی باشد. هر چند که در صورت عدم امکان، ثبت نتایج توسط پزشک (همراه با مهر و امضا) نیز پذیرفته است.

**یافته های پاراکلینیکی:**

الف) رادیوگرافی قفسه سینه

| آیا نتیجه ثبت شده، بر اساس قرائت توسط رادیولوژیست است؟ |                          | نتیجه   | زمان انجام رادیوگرافی |             |
|--|--------------------------|---|-----------------------|-------------|
| خیر  | بلی                      |   |                       |             |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | شرح: .....<br>.....<br>.....<br>More suggestive <input type="checkbox"/> Less suggestive <input type="checkbox"/> Non suggestive <input type="checkbox"/> | ۱۳...../...../.....   | بدو درمان   |
| <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/> | شرح: .....<br>.....<br>.....  | ۱۳...../...../.....   | خاتمه درمان |

ب) سایر تصویر برداری های رادیولوژیک بعمل آمده

| نتیجه                        | موضع تصویر برداری شده | نوع تصویر برداری | تاریخ انجام         |
|------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|
| شرح: .....<br>.....<br>..... |                       |                  | ۱۳...../...../..... |
| شرح: .....<br>.....<br>..... |                       |                  | ۱۳...../...../..... |

ج) بررسی های پاتولوژیک

| نتیجه                        | بافت نمونه برداری شده | تاریخ انجام         |
|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| شرح: .....<br>.....<br>..... |                       | ۱۳...../...../..... |

یافته های پاراکلینیکی (ادامه):

د یافته های باکتریولوژیک بدو و حین درمان

| سایر نمونه ها  |       |       |     | آزمایش خلط            |       |       |     |                      |       |       |     | زمان انجام                   |
|--|-------|-------|-----|-----------------------|-------|-------|-----|----------------------|-------|-------|-----|------------------------------|
| BAL <input type="checkbox"/> ، شیره معده <input type="checkbox"/> ، سایر <input type="checkbox"/> (ذکر شود.....) |       |       |     | نتیجه آزمایشگاه فرانس |       |       |     | نتیجه آزمایشگاه محلی |       |       |     |                              |
| تاریخ  | شماره | اسمیر | کشت | تاریخ                 | شماره | اسمیر | کشت | تاریخ                | شماره | اسمیر | کشت |                              |
|  |       |       |     |                       |       |       |     |                      |       |       |     | صفر                          |
|  |       |       |     |                       |       |       |     |                      |       |       |     | پایان مرحله حمله ای          |
|  |       |       |     |                       |       |       |     |                      |       |       |     | ۲ ماه بعد از درمان نگهدارنده |
|  |       |       |     |                       |       |       |     |                      |       |       |     |                              |
|  |       |       |     |                       |       |       |     |                      |       |       |     | پایان درمان                  |

ه) پاسخ آزمایشات تعیین هویت مایکوباکتریوم و آنتی بیوگرام (در صورت لزوم):

| در طول درمان (۲)  | در طول درمان (۱)  | بدو درمان   | روش تشخیص                                    |  |
|---|---|---|--|--|
| ۱۳..... / ..... / .....   | ۱۳..... / ..... / .....   | ۱۳..... / ..... / .....   |  | تاریخ درخواست آزمایش ←                       |
|   |   |   |  | محل ثبت سطح و محل<br>آزمایشگاه انجام دهنده ← |
|   |   |   |  | نوع مایکوباکتریوم ←                          |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع خانگی (PCR)                             | آنتی بیوگرام از نظر<br>"ایزونیازید"          |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | LPA / NIPRO                                  |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | proportional                                 |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع خانگی (PCR)                             | آنتی بیوگرام از نظر<br>"ریفامپین"            |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | LPA / NIPRO                                  |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | .Xpert <input type="checkbox"/> proportional |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع   | آنتی بیوگرام از نظر<br>"تامبو تول"           |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | proportional                                 |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع   | آنتی بیوگرام از نظر<br>FQL "....."           |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | proportional                                 |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع   | آنتی بیوگرام از نظر<br>SLID "....."          |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | proportional                                 |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع   | آنتی بیوگرام از نظر<br>"....."               |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | proportional                                 |  |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | سریع   | آنتی بیوگرام از نظر<br>"....."               |
| <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S | proportional                                 |  |

S: حساس، R: مقاوم، FQL: فلوروکینولون، SLID: داروی تزریقی خط دوم، GeneXpert :Xpert  
سریع خانگی: روش آنتی بیوگرام سریعی که در داخل کشور طراحی و بکارگیری شده است

و) در صورتی که برای بیمار آزمایشات دیگری در ابتدا یا حین درمان انجام و یا تکرار شده در جدول زیر قید گردد :

| نوبت سوم | نوبت دوم | نوبت اول | نوع آزمایش انجام شده |  |
|----------|----------|----------|----------------------|--|
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |

| نوبت سوم | نوبت دوم | نوبت اول | نوع آزمایش انجام شده |  |
|----------|----------|----------|----------------------|--|
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |
| ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | ۱۳ / /   | تاریخ                |  |
|          |          |          | نتیجه                |  |

ناظر بر درمان بر اساس راهکار DOTS : نام ناظر: ..... شماره تماس ناظر: .....

نوع ناظر:  پرسنل بهداشتی،  غیره (ذکر شود: .....)

ثابت وضعیت نظارت بر درمان:

مرحله درمان حمله ای:

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

مرحله درمان نگهدارنده:

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

روزهایی که داروها با نظارت مستقیم مصرف می شوند: در خانه های مربوطه علامت (X) کشیده شود. روزهایی که داروها بدون نظارت مستقیم مصرف می شوند: در خانه های مربوطه علامت (-) کشیده شود.

روزهایی که بیمار داروهای خود را مصرف نکرده است: خانه های مربوطه خالی و بدون علامت می ماند.

## فرم ویزیت ادواری بیمار مسلول توسط پزشک

| نتیجه معاینات و بررسی های بعمل آمده<br>(ثبت نام پزشک ویزیت کننده ضروری است) | غیبت                        |         | اقدامات انجام شده در مورد عوارض | عوارض شدید |     |             |         |                |      |                       |                     |                    |                    | عوارض خفیف |                | رخداد عوارض |         | تاریخ ویزیت | ردیف |     |      |
|---|-----------------------------|---------|---------------------------------|------------|-----|-------------|---------|----------------|------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------|----------------|-------------|---------|-------------|------|-----|------|
|   | در صورت بلی ( علت و مدت آن) | بلی / ن |                                 | سایر       | شوک | گیجی و منگی | استفراغ | اختلال دید رنگ | زردی | بثورات پوستی بدون ادم | بثورات پوستی با ادم | کاهش شنوایی یا کری | احساس سوزش در پاها | درد مفاصل  | تهوع / درد شکم | بی اشتها بی | درد شکم |             |      | خیر | و در |
|   |                             |         |                                 |            |     |             |         |                |      |                       |                     |                    |                    |            |                |             |         |             | ۱    |     |      |
|   |                             |         |                                 |            |     |             |         |                |      |                       |                     |                    |                    |            |                |             |         |             |      | ۲   |      |
|   |                             |         |                                 |            |     |             |         |                |      |                       |                     |                    |                    |            |                |             |         |             |      | ۳   |      |
|   |                             |         |                                 |            |     |             |         |                |      |                       |                     |                    |                    |            |                |             |         |             |      | ۴   |      |
|   |                             |         |                                 |            |     |             |         |                |      |                       |                     |                    |                    |            |                |             |         |             |      | ۵   |      |

منظور از غیبت در جدول فوق، عدم مصرف دارو به هر مدت (حتی یک روزی) باشد؛ و به ازای هر بار غیبت از درمان و بی نظمی در مصرف دارو، باید بیمار تحت آموزش و مشاوره مجدد قرار گیرد

## فرم ویزیت ادواری بیمار مسلول توسط پزشک

| ردیف | تاریخ ویزیت | وزن | رخداد عوارض |             | عوارض شدید |      | عوارض خفیف |     | اقدامات انجام شده در مورد عوارض | غیبت        |         | نتیجه معاینات و بررسی های بعمل آمده<br>(ثبت نام پزشک ویزیت کننده ضروری است) |                |      |                       |                     |                    |                    |           |               |
|------|-------------|-----|-------------|-------------|------------|------|------------|-----|---------------------------------|-------------|---------|---|----------------|------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|-----------|---------------|
|      |             |     | عوارض       | رخداد عوارض | عوارض      | خفیف | سایر       | شوک |                                 | گیجی و منگی | استفراغ |   | اختلال دید رنگ | زردی | بثورات پوستی بدون ادم | بثورات پوستی با ادم | کاهش شنوایی یا کری | احساس سوزش در پاها | درد مفاصل | تهوع / دردشکم |
| ۶    |             |     |             |             |            |      |            |     |                                 |             |         |   |                |      |                       |                     |                    |                    |           |               |
| ۷    |             |     |             |             |            |      |            |     |                                 |             |         |   |                |      |                       |                     |                    |                    |           |               |
| ۸    |             |     |             |             |            |      |            |     |                                 |             |         |   |                |      |                       |                     |                    |                    |           |               |
| ۹    |             |     |             |             |            |      |            |     |                                 |             |         |   |                |      |                       |                     |                    |                    |           |               |
| ۱۰   |             |     |             |             |            |      |            |     |                                 |             |         |   |                |      |                       |                     |                    |                    |           |               |

منظور از غیبت در جدول فوق، عدم مصرف دارو به هر مدت (حتی یکروز) می باشد؛ و به ازای هر بار غیبت از درمان و بی نظمی در مصرف دارو، باید بیمار تحت آموزش و مشاوره مجدد قرار گیرد



آیا توصیه به انجام آزمایش HIV یا مراجعه به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری جهت بررسی وضعیت ابتلا به HIV بعمل آمده؟

خیر  اگر خیر، دلیل آن ذکر شود: .....

بلی  اگر بلی، بر اساس پیگیری های بعمل آمده در مراجعات بعدی، تاریخ مراجعه بیمار به مرکز مشاوره و یا انجام

آزمایش HIV ثبت شود: ۱۳ / /

نتیجه آزمایش اچ آی وی:

اگر قبل یا حین درمان ضد سل، آزمایش اچ آی وی انجام شده است، جدول زیر تکمیل شود:

| نوع آزمایش  | نتیجه   | تاریخ انجام آزمایش | کد بیمار در نظام مراقبت اچ آی وی |
|---|---|--------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الایزا / تست سریع اچ آی وی | منفی <input type="checkbox"/> ، مثبت <input type="checkbox"/> | ۱۳ / /             |                                  |
| <input type="checkbox"/> وسترن بلات                 | منفی <input type="checkbox"/> ، مثبت <input type="checkbox"/> | ۱۳ / /             |                                  |

چنانچه تشخیص عفونت همزمان اچ آی وی "قطعی" است، کد HIV بیمار ثبت و جدول زیر تکمیل شود.

کد HIV بیمار:  /  /  /

| اقدامات               | وضعیت تجویز                         | تاریخ شروع تجویز | رژیم دارویی                   |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|
| ۱ درمان ضد رتروویروسی | انجام نشده <input type="checkbox"/> |                  |                               |
|                       | انجام شده <input type="checkbox"/>  | ۱۳ / /           | • .....<br>• .....<br>• ..... |
| ۲ کوتریموکسازول       | انجام نشده <input type="checkbox"/> |                  |                               |
|                       | انجام شده <input type="checkbox"/>  | ۱۳ / /           |                               |

سابقه بستری شدن مرتبط با سل (شامل تمامی بستری های با هدف تعیین تشخیص و بستری های حین درمان ضد سل):

| نوبت بستری | دلیل بستری | از تاریخ                | تا تاریخ                | هزینه دریافت شده از بیمار (ریال) | طول مدت بستری (روز) |
|------------|------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------|
| ۱          |            | ۱۳..... / ..... / ..... | ۱۳..... / ..... / ..... |                                  |                     |
| ۲          |            | ۱۳..... / ..... / ..... | ۱۳..... / ..... / ..... |                                  |                     |
| ۳          |            | ۱۳..... / ..... / ..... | ۱۳..... / ..... / ..... |                                  |                     |
| ۴          |            | ۱۳..... / ..... / ..... | ۱۳..... / ..... / ..... |                                  |                     |
| ۵          |            | ۱۳..... / ..... / ..... | ۱۳..... / ..... / ..... |                                  |                     |
| مجموع      |            |                         |                         |                                  |                     |

اطلاعات تکمیلی بیمار (ادامه):

سایر توضیحات:

## تاریخ و دلیل خاتمه درمان

تاریخ ختم درمان : ..... / ..... / ۱۳.....

نتیجه درمان :

بهبود یافته

تکمیل دوره درمان

فوت شده دلیل:

نامعلوم

سل

سایر موارد (علت فوت قید شود .....)

شکست درمان

نوع شکست درمان:

۱. طبق تعریف استاندارد قدیمی

۲. اعلام شکست بدلیل تشخیص زود هنگام MDR-TB

۳. اعلام شکست بدلیل تشخیص زود هنگام مقاومت به ریفامپین در عدم حضور مقاومت به ایزونیاژید

غیبت از درمان (دلیل غیبت: .....

سایر (توضیح داده شود.....)

اشتباه در تشخیص (توضیح داده شود.....)

انتقال یافته (بین یک نتیجه موقتی است)

به خارج کشور ○ نام کشور مقصد قید شود .....

به داخل کشور ○ نام دانشگاه و شهرستان قید شود .....

تاریخ انتقال: ..... / ..... / ۱۳.....

نتیجه درمان نهایی (پس از استعلام از مقصد): .....

## فرم ثبت پیگیری های بیمار "پس از خاتمه درمان"

(این فرم در صورت حصول موفقیت درمان برای بیمار تکمیل می شود.)

| ردیف | تاریخ پیگیری | اقدامات انجام شده و نتیجه پیگیری | نام کامل و سمت پیگیری کننده |
|------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
|      |              |                                  |                             |
|      |              |                                  |                             |
|      |              |                                  |                             |
|      |              |                                  |                             |
|      |              |                                  |                             |
|      |              |                                  |                             |
|      |              |                                  |                             |

## فرم ثبت پیگیری های بیمار "پس از خاتمه درمان" (ادامه)

(این فرم در صورت حصول موفقیت درمان برای بیمار تکمیل می شود.)

| نام کامل و سمت<br>پیگیری کننده | اقدامات انجام شده و نتیجه پیگیری | تاریخ<br>پیگیری | ردیف |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------|------|
|                                |                                  |                 |      |
|                                |                                  |                 |      |
|                                |                                  |                 |      |
|                                |                                  |                 |      |
|                                |                                  |                 |      |

تاریخ قطع پیگیری: / /

علت قطع پیگیری: اتمام دو سال پیگیری  فوت  مهاجرت  سایر  (ذکر شود: .....

**بخش ثبت اقدامات مرتبط با**

**بررسی اطرافیان و درمان های پیشگیری**

**(اعمال از بررسی اولیه و ادواری)**

**لیست افراد در تماس نزدیک با بیمار (از زمان شروع علائم بیماری)**

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت با بیمار | جنس | سن |
|------|--------------------|---------------|-----|----|
| ۱    |                    |               |     |    |
| ۲    |                    |               |     |    |
| ۳    |                    |               |     |    |
| ۴    |                    |               |     |    |
| ۵    |                    |               |     |    |
| ۶    |                    |               |     |    |
| ۷    |                    |               |     |    |
| ۸    |                    |               |     |    |
| ۹    |                    |               |     |    |
| ۱۰   |                    |               |     |    |
| ۱۱   |                    |               |     |    |
| ۱۲   |                    |               |     |    |

  

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت با بیمار | جنس | سن |
|------|--------------------|---------------|-----|----|
| ۱۳   |                    |               |     |    |
| ۱۴   |                    |               |     |    |
| ۱۵   |                    |               |     |    |
| ۱۶   |                    |               |     |    |
| ۱۷   |                    |               |     |    |
| ۱۸   |                    |               |     |    |
| ۱۹   |                    |               |     |    |
| ۲۰   |                    |               |     |    |
| ۲۱   |                    |               |     |    |
| ۲۲   |                    |               |     |    |
| ۲۳   |                    |               |     |    |
| ۲۴   |                    |               |     |    |

تکته مهم: در ادامه این پرونده برای هر نفر از افراد در تماس، صفحاتی حاوی جداول ثبت بررسی های ادواری هر یک از افراد در تماس نزدیک با بیمار در نظر گرفته شده است (یک صفحه به ازای هر فرد در تماس نزدیک). لذا چنانچه تعداد افراد در تماس نزدیک با این بیمار بیش از ۶ نفر باشد، لازمست به ازای هر نفر یک صفحه حاوی جدول مزبور کنی، تکمیل و در انتهای پرونده الصاق شود. اقدام مشابه در مورد تکمیل فرم بررسی و دریافت درمان پیشگیری برای کودکان و بزرگسالان high risk نیز توصیه می شود

نام و نام خانوادگی فرد در تماس: .....

نسبت با بیمار: .....

تلفن تماس: .....

سن در زمان اولین بررسی: .....

جنس: .....

### جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از

### افراد در تماس نزدیک با بیمار

| نتیجه نهایی | آموزش و پیگیری |                           | نتیجه رادیولوژی<br>(در صورت نیاز انجام می شود) | نتیجه تست تشخیصی سل نهفته<br><input type="checkbox"/> PPD (قطر ایندوراسیون ثبت شود)<br><input type="checkbox"/> IGRA (کوانتیترون، ...) | انجام آزمایش<br>باکتریولوژی |     | بیماری زمینه ای، یا مصرف داروی تضعیف<br>کننده سیستم ایمنی (ذکر شود) | علامت بالینی |          |               |            |          |     | وزنیت<br>توسط<br>پرستار |     | وزن | تاریخ بررسی | نوبت بررسی                     |
|-------------|----------------|---------------------------|--|--|-----------------------------|-----|---|--------------|----------|---------------|------------|----------|-----|-------------------------|-----|-----|-------------|--------------------------------|
|             | پروفیلاکسی     | درمان ضد سل<br>(شماره سل) |  |  | بلی<br>(نوع نمونه-نتیجه)    | خیر |   | بدون علامت   | تنگی نفس | درد قفسه سینه | تب و تعریق | کاهش وزن | خلط | سرفه                    | پار |     |             |                                |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                         |     |     |             | اول (بدو تشخیصی)               |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                         |     |     |             | دوم (یکماه بعد از بررسی اول)   |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                         |     |     |             | سوم (ماه پایانی درمان)         |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                         |     |     |             | چهارم (۴ ماه بعد از نوبت سوم)  |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                         |     |     |             | پنجم (۴ ماه بعد از نوبت چهارم) |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                         |     |     |             | ششم (۴ ماه بعد از نوبت پنجم)   |

توجه: در موارد دارای علامت ضریب و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتریولوژیک کامل قید گردد. مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال، علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.



نام و نام خانوادگی فرد در تماس: ..... نسبت با بیمار: .....  
 جنس: ..... سن در زمان اولین بررسی: ..... تلفن تماس: .....

**جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از افراد در تماس نزدیک با بیمار**

| نتیجه نهایی | آموزش و پیگیری |                        | نتیجه رادیولوژی<br>(در صورت نیاز انجام می شود) | نتیجه تست تشخیصی سل نهفته<br><input type="checkbox"/> PPD (قطر ایندوراسیون ثبت شود)<br><input type="checkbox"/> IGRA (کوانتiferon، ...) | انجام آزمایش باکتریولوژی |     | بیماری زمینه ای، یا مصرف داروی تضعیف کننده سیستم ایمنی (ذکر شود) | علائم بالینی |          |               |            |          |     | وزنیت توسط پرشک |     | وزن | تاریخ بررسی | نوبت بررسی                     |
|-------------|----------------|------------------------|--|---|--------------------------|-----|--|--------------|----------|---------------|------------|----------|-----|-----------------|-----|-----|-------------|--------------------------------|
|             | پروفیلاکسی     | درمان ضد سل (شماره سل) |  |   | بلی (نوع نمونه-نتیجه)    | خیر |  | بدون علامت   | تنگی نفس | درد قفسه سینه | تب و تعریق | کاهش وزن | خلط | سرفه            | خبر |     |             |                                |
|             |                |                        |  |   |                          |     |  |              |          |               |            |          |     |                 |     |     |             | اول (بدو تشخیص)                |
|             |                |                        |  |   |                          |     |  |              |          |               |            |          |     |                 |     |     |             | دوم (یکماه بعد از بررسی اول)   |
|             |                |                        |  |   |                          |     |  |              |          |               |            |          |     |                 |     |     |             | سوم (ماه پایانی درمان)         |
|             |                |                        |  |   |                          |     |  |              |          |               |            |          |     |                 |     |     |             | چهارم (۶ ماه بعد از نوبت سوم)  |
|             |                |                        |  |   |                          |     |  |              |          |               |            |          |     |                 |     |     |             | پنجم (۶ ماه بعد از نوبت چهارم) |
|             |                |                        |  |   |                          |     |  |              |          |               |            |          |     |                 |     |     |             | ششم (۶ ماه بعد از نوبت پنجم)   |

توجه: در موارد دارای علائم، ضریبدر و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتریولوژیک کامل قید گردد. مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال، علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.

## جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از

### افراد در تماس نزدیک با بیمار

نام و نام خانوادگی فرد در تماس: .....

نسبت با بیمار: .....

جنس: .....

سن در زمان اولین بررسی: .....

تلفن تماس: .....

| نتیجه نهایی | آموزش و پیگیری |                           | نتیجه رادیولوژی<br>(در صورت نیاز انجام می شود) | نتیجه تست تشخیصی سل نهفته<br><input type="checkbox"/> PPD (قطر ایندوراسیون ثبت شود)<br><input type="checkbox"/> IGRA (کوانتیترون، ...) | انجام آزمایش<br>باکتریولوژی |     | بیماری زمینه ای، یا مصرف داروی تضعیف<br>کننده سیستم ایمنی (ذکر شود) | علامت بالینی |          |               |            |          |     |      | وزنیت<br>توسط<br>پزشک |     | وزن | تاریخ بررسی | نوبت بررسی                     |
|-------------|----------------|---------------------------|--|--|-----------------------------|-----|---|--------------|----------|---------------|------------|----------|-----|------|-----------------------|-----|-----|-------------|--------------------------------|
|             | پروفیلاکسی     | درمان ضد سل<br>(شماره سل) |  |  | بلی<br>(نوع نمونه-نتیجه)    | خیر |   | بدون علامت   | تنگی نفس | درد قفسه سینه | تب و تعریق | کاهش وزن | خلط | سرفه | خیر                   | بلی |     |             |                                |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |                       |     |     |             | اول (بدو تشخیصی)               |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |                       |     |     |             | دوم (یکماه بعد از بررسی اول)   |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |                       |     |     |             | سوم (ماه پایانی درمان)         |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |                       |     |     |             | چهارم (۶ ماه بعد از نوبت سوم)  |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |                       |     |     |             | پنجم (۶ ماه بعد از نوبت چهارم) |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |                       |     |     |             | ششم (۶ ماه بعد از نوبت پنجم)   |

توجه: در موارد دارای علامت، سردرد و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتریولوژیک کامل گیرد. مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال، علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.

نام و نام خانوادگی فرد در تماس: ..... نسبت با بیمار: .....

جنس: ..... سن در زمان اولین بررسی: ..... تلقین تماس: .....

**جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از افراد در تماس نزدیک با بیمار**

| نتیجه نهایی | آموزش و پیگیری |                           | نتیجه رادیولوژی<br>(در صورت نیاز انجام می شود) | نتیجه تست تشخیصی سل نهفته<br>PPD <input type="checkbox"/> (قطر ایندوراسیون ثبت شود)<br>IGRA <input type="checkbox"/> (کوآنتیفرون، ...) | انجام آزمایش<br>باکتریولوژی |     | بیماری زمینه ای، یا مصرف داروی تضعیف<br>کننده سیستم ایمنی (ذکر شود) | علامت بالینی |          |               |            |          |     | وزن  |     | تاریخ بررسی | نوبت بررسی                     |
|-------------|----------------|---------------------------|--|--|-----------------------------|-----|---|--------------|----------|---------------|------------|----------|-----|------|-----|-------------|--------------------------------|
|             | پروفیلاکسی     | درمان ضد سل<br>(شماره سل) |  |  | بلی<br>(نوع نمونه - نتیجه)  | خیر |   | بدون علامت   | تنگی نفس | درد قفسه سینه | تب و تعریق | کاهش وزن | خلط | سرفه | خیر |             |                                |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |     |             | اول (بدو تشخیص)                |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |     |             | دوم (یکماه بعد از بررسی اول)   |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |     |             | سوم (ماه پایانی درمان)         |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |     |             | چهارم (۶ ماه بعد از نوبت سوم)  |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |     |             | پنجم (۶ ماه بعد از نوبت چهارم) |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |      |     |             | ششم (۶ ماه بعد از نوبت پنجم)   |

توجه: در موارد دارای علامت، ضریب و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتریولوژیک کامل قید کرده مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.

نسبت با بیمار:

نام و نام خانوادگی فرد در تماس:

جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از

تلفن تماس:

سن در زمان اولین بررسی:

جنس:

افراد در تماس نزدیک با بیمار

| نتیجه پهای | آموزش و پیگیری |                           | نتیجه راد یولوژی<br>(در صورت نیاز انجام می شود) | نتیجه تست تشخیصی سل نهفته<br>PPD <input type="checkbox"/> (قطر ایندوراسیون ثبت شود)<br>IGRA <input type="checkbox"/> (کوانتiferon، ...) | انجام آزمایش<br>باکتر یولوژی |     | بیماری زمینه ای، یا مصرف داروی تضعیف<br>کننده سیستم ایمنی (ذکر شود) | علامت بالینی |          |               |            |          |     | ویریت<br>توسط<br>پزشک |     | وزن | تاریخ بررسی | نوبت بررسی                     |
|------------|----------------|---------------------------|---|---|------------------------------|-----|---|--------------|----------|---------------|------------|----------|-----|-----------------------|-----|-----|-------------|--------------------------------|
|            | پروفیلاکسی     | درمان ضد سل<br>(شماره سل) |   |   | بلی<br>(نوع نمونه - نتیجه)   | خیر |   | بدون علامت   | تنگی نفس | درد قفسه سینه | تب و تعریق | کاهش وزن | خلط | سرفه                  | خیر |     |             |                                |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | اول (بدو تشخیص)                |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | دوم (یکماه بعد از بررسی اول)   |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | سوم (ماه پایانی درمان)         |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | چهارم (۶ ماه بعد از نوبت سوم)  |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | پنجم (۶ ماه بعد از نوبت چهارم) |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | ششم (۶ ماه بعد از نوبت پنجم)   |
|            |                |                           |   |   |                              |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             |                                |

توجه: در موارد دارای علامت، ضریبدر و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتر یولوژیک کامل قید گردد. مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال، علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.

نسبت با بیمار:

نام و نام خانوادگی فرد در تماس:

تلفن تماس:

سن در زمان اولین بررسی:

جنس:

### جدول ثبت بررسی های ادواری هر یک از

### افراد در تماس نزدیک با بیمار

| نتیجه نهایی | آموزش و پیگیری |                           | نتیجه رادیولوژی<br>(در صورت نیاز انجام می شود) | نتیجه تست تشخیصی سل نهفته<br><input type="checkbox"/> PPD (قطر ایندوراسیون ثبت شود)<br><input type="checkbox"/> IGRA (کوانتیترون، ...) | انجام آزمایش<br>باکتریولوژی |     | بیماری زمینه ای، یا مصرف داروی تضعیف<br>کننده سیستم ایمنی (ذکر شود) | علائم بالینی |          |               |            |          |     | وزنیت<br>توسط<br>پزشک |     | وزن | تاریخ بررسی | نوبت بررسی                     |
|-------------|----------------|---------------------------|--|--|-----------------------------|-----|---|--------------|----------|---------------|------------|----------|-----|-----------------------|-----|-----|-------------|--------------------------------|
|             | پروفیلاکسی     | درمان ضد سل<br>(شماره سل) |  |  | بلی<br>(نوع نمونه - نتیجه)  | خیر |   | بدون علامت   | تنگی نفس | درد قفسه سینه | تب و تعریق | کاهش وزن | خلط | سرفه                  | خیر |     |             |                                |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | اول (بدو تشخیص)                |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | دوم (یکماه بعد از بررسی اول)   |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | سوم (ماه پایانی درمان)         |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | چهارم (۶ ماه بعد از نوبت سوم)  |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | پنجم (۶ ماه بعد از نوبت چهارم) |
|             |                |                           |  |  |                             |     |   |              |          |               |            |          |     |                       |     |     |             | ششم (۶ ماه بعد از نوبت پنجم)   |

توجه: در موارد دارای علائم ضریب و موارد فاقد آن خط تیره گذاشته شود. نتایج باکتریولوژیک کامل قید گردد. مواردی که انجام نشده است را خالی بگذارید. در کودک زیر ۶ سال، علاوه بر وزن، صدک رشد نیز در ستون وزن ذکر گردد.

# فرم بررسی و دریافت درمان پیشگیری افراد در تماس

نام و نام خانوادگی: .....

نام پدر: .....  
وزن: ..... / / تاریخ تولد: .....

خلاصه شرح حال و مشاهدات بالینی .....

نام کامل و مهر پزشک: .....

تاریخ تولد و وال: PPD Batch Number / / نام انجام دهند:

اندازه قطر ایندوراسیون (برحسب میلی متر): ..... نام فرات کنند:

راديوگرافي انجام نشده است  (ذکر دلیل: ..... نتیجه تست: / / نام فرات کنند:

راديوگرافي قفسه سينه اوليه: / / تاریخ انجام: / / فرات کنند: CXR:

شرح گرافي اوليه: .....

نتیجه کلی: رد سل فعال  / رد سل غیر فعال  / تاریخ آغاز پروفلاکسی: / /

نتیجه آزمایش باکتریولوژی (در صورت انجام): نوع نمونه: ..... / نتیجه کشت: نتیجه اسمیر: / / نتیجه کشت: نتیجه Xpert/PCR:

نام انجام دهند: ..... / تاریخ فرات کنند: ..... / تاریخ انجام تست: ..... / نام فرات کنند: ..... / نام فرات کنند: ..... /

| 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 | ماه / روز |  |  |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|--|--|
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |
|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |  |  |

تست پوستی توپر کوپلین نوبت دوم: تاریخ انجام تست: / / نام فرات کنند: ..... / تاریخ قرائت تست: / / تاریخ تولد و وال: PPD Batch Number / /

راديوگرافي قفسه سينه نوبت دوم: تاریخ انجام: / / شرح گرافي: ..... / اندازه قطر ایندوراسیون (برحسب میلی متر):

## فرم بررسی و دریافت درمان پیشگیری افراد در تماس

نام و نام خانوادگی: .....

نام پدر: .....

وزن: .....

تاریخ تولد: / /

نام کامل و مهر پزشکی: .....

تاریخ تولید ویال: / /

PPD Batch Number

نام انجام دهنده:

تاریخ انجام تست: / /

توبیرکولین اولیه: / /

اندازه قطر ایندوراسیون (بر حسب میلی متر): .....

نام قرائت کننده:

تاریخ انجام تست: / /

توبیرکولین اولیه: / /

تست IGRA (کوآنتیفرون، ...):

رتشک عمومی ، رادیوگرافی انجام نشده است  (ذکر دلیل: .....

بزرگ عمومی ، متخصص ، رادیولوژیست ،

تاریخ انجام: / / قرائت کننده CXR: / /

شرح گرافی اولیه: .....

نتیجه Xpert/PCR:

نتیجه کشت:

نتیجه اسمیر:

/ /

آزمایش باکتریولوژی (در صورت انجام): نوع نمونه: .....

نتیجه کلی: رد سل فعال  ← آیا رد سل فعال با تشخیص یا تأیید متخصص بوده است؟

رتشک و دوز داروی پروفیلاکسی: .....

تاریخ آغاز پروفیلاکسی: / /

| 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 |  |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

تست پوستی توبرکولین نوبت دوم: تاریخ انجام تست: / / نام انجام دهنده: .....

تاریخ قرائت تست: / / نام قرائت کننده: .....

رادیوگرافی قفسه سینه نوبت دوم: تاریخ انجام: / / شرح گرافی: .....







فرم ثبت آموزش و مشاوره های ارائه شده به بیمار مسلول و خانواده او

| نام و امضای فرد<br>ارائه دهنده<br>آموزش یا مشاوره | مطالب ارائه شده | تاریخ | زمان مشاوره                           |
|---|-----------------|-------|---------------------------------------|
|   |                 |       | بدو درمان                             |
|   |                 |       | ماه اول                               |
|   |                 |       | پایان دوره حمله ای                    |
|   |                 |       | دو ماه بعد از<br>آغاز درمان نگهدارنده |
|   |                 |       | ماه پایانی درمان                      |

### فرم ثبت مشاهدات هماهنگ کننده سل شهرستان

| نام و نام خانوادگی<br>هماهنگ کننده سل | مشاهدات و توصیه های ارائه شده از سوی هماهنگ کننده سل<br>به پزشک و کارمند بهداشتی مسئول بیمار | تاریخ |
|---------------------------------------|--|-------|
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |

### فرم ثبت مشاهدات هماهنگ کننده سل شهرستان (ادامه)

| نام و نام خانوادگی<br>هماهنگ کننده سل | مشاهدات و توصیه های ارائه شده از سوی هماهنگ کننده سل<br>به پزشک و کارمند بهداشتی مسئول بیمار | تاریخ |
|---------------------------------------|--|-------|
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |
|                                       |  |       |