

فرم بیماریابی (درخواست آزمایش های باکتریولوژیک) سل

محل بیماریابی :

دانشگاه: شهرستان:
مرکز خدمات جامع سلامت پایگاه بهداشتی..... خانه بهداشت..... تیم سیار/غربالگری زندان
بیمارستان (بخش تخت شماره پرونده) مطب سایر مراکز درمانی ذکر شود
نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: مرد ، زن ملیت: ایرانی ، غیرایرانی (ذکر شود:.....)
کد ملی / شماره پاسپورت / کداختصاصی کارت آمایش / غیره (در صورت موجود بودن):
نشانی کامل: شماره تماس:
نام و نام خانوادگی شخص ارجاع دهنده:

علت انجام آزمایش:

(۱) تشخیصی ، (۲) بدو درمان ، (۳) حین درمان

در موارد بدو یا حین درمان، شماره سل شهرستان (.....) و تاریخ شروع درمان (.....) ثبت شود

علائم، نشانه ها و عوامل خطر

علائم بالینی و شکایات	دارد	ندارد	عامل خطر	دارد	ندارد	نامشخص
سرفه (بیش از دو هفته)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه تماس یا بیمار مسلول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرفه (کمتر از دو هفته)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه ابتلای قبلی به سل در خود فرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خلط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ابتلا به سیلیکوزیس شناخته شده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خلط حاوی خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	همودیالیز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	افراد کاندید دریافت پیوند عضو یا مغز استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تعریق شبانه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ابتلا به بیماریهای تضعیف کننده سیستم ایمنی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کاهش وزن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تنگی نفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
درد قفسه سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

نمونه گیری

نوع نمونه: خلط ، سایر (ذکر شود:.....)

نام و نام خانوادگی گیرنده نمونه	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه	تاریخ دریافت نمونه از بیمار	شماره مسلسل نمونه و یا کد تولید شده توسط سامانه الکترونیک	اگر نمونه، خلط صبحگاهی است علامت زده شود	نمونه ۱	نمونه ۲

تاریخچه مصرف داروهای خط اول و دوم ضد سل

توجه: این قسمت در صورت درخواست آزمایش آنتی بیوگرام تکمیل می شود

دارو	مدت مصرف		دارو	مدت مصرف		دارو	مدت مصرف	
	بیشتر از یک ماه	کمتر از یک ماه		بیشتر از یک ماه	کمتر از یک ماه		بیشتر از یک ماه	کمتر از یک ماه
ریفامپین								
ایزونیازید								
اتامبوتول								
پیرازینامید								

نوع آزمایشات درخواستی:

<input type="checkbox"/> میکروسکوپی (اسمیر)	<input type="checkbox"/> کشت
<input type="checkbox"/> روش مولکولی (سریع):	<input type="checkbox"/> آنتی بیوگرام به روش معمولی
<input type="checkbox"/> جین اکسپرت	<input type="checkbox"/> پی سی آر
<input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود:.....)	

پاسخ آزمایش های باکتریولوژیک سل

نام آزمایشگاه:

نام مسئول فنی و مهر آزمایشگاه:

نوع نمونه: خلط ، سایر (ذکر شود:))

کیفیت نمونه (خونی، چرکی، مخاطی، آب دهان/ خشک یا ناکافی)	اگر نمونه، خلط صبحگاهی است علامت زده شود	شماره نمونه	شماره دفتر آزمایشگاه	تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه	نام و نام خانوادگی بیمار:
		نمونه ۱		
		نمونه ۲		

آزمایش میکروسکوپی (اسمیر):

روش انجام آزمایش	میکروسکوپی مستقیم	نتیجه				منفی	تاریخ انجام آزمایش	شماره نمونه
		مثبت						
		(درجه اسمیر نمونه ذکر شود)						
هوموژنیزه (تغلیظ شده)		۳+	۲+	۱+	۱ تا ۹ با سیل تعداد ذکر شود		نمونه ۱	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نمونه ۲	

روش مولکولی (سریع):

روش جین اکسپرت: نوع کارتریج مورد استفاده: MTB/RR (Ultra) ، MTB/XDR (10color) ، سایر (ذکر شود:))

نتیجه								تاریخ انجام آزمایش	
مثبت							منفی MTB not-detected		
وضعیت حساسیت به داروها مشخص شود R=Resistant ; S=Susceptible ; I= Indeterminate ; NA= Not Available									
درجه مثبت بودن									
.....	ایزونیازید	ریفامپین	High	Medium	Low	Very Low	Trace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

روش پی سی آر:

نتیجه								تاریخ انجام آزمایش	
مثبت							منفی MTB not-detected یا DNA not-extracted		
وضعیت حساسیت به داروها مشخص شود (R=Resistant ; S=Susceptible ; NA= Not Available)									
.....	ایزونیازید		ریفامپین	<input type="checkbox"/>

کشت:

نتیجه										شماره نمونه		
مثبت (رشد)							زمان رشد کلونی	رشد عمیق	تاریخ گزارش			
تعیین هویت مایکوباکتریوم												
درجه مثبت بودن												
نامشخص/ تعیین نشده	NTM	MTB Complex	۴+	۳+	۲+	۱+	کمتر از ۵۰ کلونی	بیشتر از یکهفته	کمتر از یکهفته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نمونه ۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نمونه ۲

آنتی بیوگرام به روش معمولی: (S=Susceptible ; R=Resistant ; NA= Not Available)

نام دارو	نتیجه	نام دارو	نتیجه
.....	پیرازینامید
.....
.....	ایزونیازید
.....	اتامپوتول

