

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

ماه

فرم بررسی انفرادی بیماری کیست هیداتیک

دوره تکمیل: روزانه

نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:	سن:	جنس:	نام:
شغل:	محل سکونت:	میزان سواد:	کد پستی:		ملیت:
آدرس محل سکونت:					
تاریخ بروز علائم بالینی:					
علائم بالینی هنگام مراجعه: بزرگی کبد <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> درد <input type="checkbox"/>					
سابقه تماس با سگ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> زمان تماس با سگ:					
نحوه مصرف سبزی خام: شستشو با آب <input type="checkbox"/> شستشو با آب و مواد شوینده <input type="checkbox"/> شستشو با آب و مواد ضد عفونی کننده <input type="checkbox"/>					
روش تشخیص: MRI <input type="checkbox"/> رادیولوژی <input type="checkbox"/> سی تی اسکن <input type="checkbox"/> در طی جراحی <input type="checkbox"/> ایمنو فلورسانس <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>					
تاریخ تشخیص:					
تعداد کیست:					
اعضا مبتلا:					
کبد <input type="checkbox"/> طحال <input type="checkbox"/> ریه <input type="checkbox"/> کلیه <input type="checkbox"/> شکم <input type="checkbox"/> مغز <input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> نخوان <input type="checkbox"/> پر <input type="checkbox"/>					
درمان: جراحی <input type="checkbox"/> دارویی <input type="checkbox"/>					
طول مدت درمان:					
عاقبت درمان:					
هماهنگی با اداره کل دامپزشکی:					
سایر اقدامات انجام شده جهت کنترل بیماری را بنویسید.					

خانه بهداشت:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری

نام و امضاء مسئول مرکز:

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده: