

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

مرکز بهداشت استان

برنامه پیشگیری و درمان سالک

فرم سه برگی ارجاع موارد مشکوک به سالک

شماره مسلسل بیمار : تاریخ ارجاع بیمار:

محل بیماریابی و شماره تلفن: مرکز بهداشتی درمانی : خانه بهداشت:

پایگاه بهداشتی : تیم سیار: مطب خصوصی: درمانگاه:

بیمارستان : سایر موارد ذکر شود:

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: جنس: مرد زن نام پدر:ملیت: ایرانی غیر ایرانی تعداد افراد خانوار :مدت اقامت در این شهرستان: کمتر از ۱ هفته ۱ هفته - ۱ ماه ۱- ماه - ۱ سال بیشتر از ۱ سال

نشانی و شماره تلفن منزل:

شماره سالک شهرستان (برای بیمارانی که درمان را کامل کرده بهبود نیافته یا غیبت داشته و مجدداً مراجعه کرده اند)

مورد بیمار جدید بقیه موارد شامل عود، شکست درمان، غیبت از درمان، مقاوم یا سایر موارد

علائم بالینی:

مدت زمان بروز عارضه: شکل ضایعه یا ضایعات:

تعداد و محل ضایعات :

سابقه ابتلاء قبلی به سالک دارد ندارد تاریخ ابتلاء سابقه استفاده از رژیم درمانی ضد سالک استاندارد:دارد ندارد موضعی سیستمیک توأم مدت زمان به روز :بیماری مشابه بطور همزمان در خانواده: دارد ندارد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم و امضاء:

نتایج آزمایشگاهی انگل شناسی اسمیر ضایعه پوستی

نتیجه آزمایش	
مثبت	منفی

تاریخ نمونه برداری در آزمایشگاه:

شماره دفتر آزمایشگاه سالک:

تعداد نمونه های گرفته شده:

نام و امضاء آزمایش کننده:

ملاحظات:

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر: