فرم بررسی انفرادی کیست هیداتیک تاریخ تهیه فرم:...../...../.....	**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی** **دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی،درمانی تربت حیدریه** **مرکز بهداشت شهرستان:.....**	بیمارستان:..... مرکز بهداشتی درمانی شهری:..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی:..... خانه بهداشت:..... تیم سیاری:.....

۱) اطلاعات دموگرافیک :

نام : نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: کد پستی:

سن: جنس : مذکر ☐ مونث ☐

ملیت : ایرانی ☐ افغانی ☐ پاکستانی ☐ عراقی ☐ سایر ☐ ذکر شود :

شغل: دامدار ☐ کشاورز ☐ خانه دار ☐ کارگر ☐ کارمند ☐ محصل ☐ دامپزشک ☐ شکارچی ☐ کودک ☐ سایر ☐ ذکر شود .....

محل سکونت: شهری ☐ روستایی ☐ عشایر ☐ میزان سواد:

آدرس محل سکونت :

۲) اطلاعات علائم و سابقه تماس :

تاریخ بروز علائم بالینی: / /

علائم بالینی هنگام مراجعه: بزرگی کبد ☐ درد شکم ☐ درد قفسه سینه ☐ سرفه ☐ سایر ☐ ذکر شود .....

سابقه تماس با سگ : دارد ☐ ندارد ☐ زمان تماس با سگ :۵ سال ☐ ۱۱-۵ سال ☐ ۱۵-۱۱ سال ☐ ۲-۱۶ سال ☐

نحوه مصرف سبزی خام : شستشو با آب ☐ شستشو با آب و مواد شوینده ☐ شستشو با آب و مواد ضد عفونی کننده ☐ هر سه مورد ☐

۳) اطلاعات اقدامات تشخیصی و درمانی :

تاریخ تشخیص : / /

روش تشخیص: MRI ☐ رادیولوژی ☐ سی تی اسکن ☐ در طی جراحی ☐ ایمنو فلورسانس ☐

سایراقدامات تشخیصی ☐ ذکر شود .....

تعداد کیست: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ بیش از سه مورد ☐

اعضا مبتلا : کبد ☐ طحال ☐ ریه ☐ کلیه ☐ شکم ☐ مغز ☐ چشم ☐ استخوان ☐ سایر ☐ نام ببرید .....

درمان : جراحی ☐ دارویی ☐ هر دو ☐

طول مدت درمان : ۲ ماه ☐ ۴ ماه ☐ ۶ ماه ☐ بیش از ۶ ماه ☐

عاقبت درمان : بهبودی ☐ فوت ☐

هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: دارد ☐ ندارد ☐

سایر اقدامات انجام شده جهت کنترل بیماری را بنویسید.

نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول مرکز : تاریخ تکمیل فرم: