

جمهوری اسلامی ایران
برنامه کشوری مبارزه با سل

فرم درخواست انجام کشت یا تست حساسیت برای نمونه خلط

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: مرد زن ملیت: ایرانی غیر ایرانی
نشانی کامل:

نام شهرستان:

واحد ارسال کننده نمونه ها

مرکز بهداشتی درمانی:

خانه بهداشت:

پایگاه بهداشتی: تیم سیار:

زندان: بیمارستان: (بخش: تخت: شماره پرونده:) مطب:
سایر مراکز درمانی ذکر شود:

بیمار تحت درمان یا گروه درمانی 1 است شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان):
بیمار تحت درمان یا گروه درمانی 2 است تاریخ شروع درمان:

سایر موارد ذکر شود :

داروهای مصرف شده	از تاریخ	تا تاریخ
ایزونیازید		
ریفامپین		
پیرازینامید		
اتامبول		
استرپتومايسين		

نمونه گیری در چه زمانی از دوره درمانی انجام شده است:

نمونه خلط در ماه صفر

نمونه خلط در پایان ماه دوم تاریخ جمع آوری نمونه:

نمونه خلط در پایان ماه چهارم/ پنجم

نمونه خلط در ماه پایانی

نام تکمیل کننده و سمت: امضاء:

(این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود) نتایج آزمایشگاهی میکروشناسی خلط

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه:

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه*	نتیجه		درجه مثبت بودن نمونه		
			مثبت	منفی	1 تا 9 باسیل (تعداد ذکر شود)	1+	2+
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نتیجه کشت: مثبت منفی

شماره دفتر آزمایشگاه:

نام و امضای آزمایش کننده:

ملاحظات:

تاریخ گزارش نتیجه: / /

نام و آدرس آزمایشگاه:

نام مسئول آزمایشگاه:

امضاء:

دارو	حساس	مقاوم	ملاحظات
ایزونیازید			
ریفامپین			
اتامبول			
استرپتومايسين			

*کشت نمونه در این شکل ظاهری (آب درمانی/چرکی مخاطی /) ذکر شود (چنانچه نمونه با ناکامی فرد در شکل مطلوب منعکس گردد).