دفتـــــر ثبت مـــوارد مشـــکوک به ســـل

شهرستان : .... سال ثبت : .... مرکز بهداشتی درمانی : ....

ردیف*	تاریخ مراجعه	نام و نام خانوادگی	آدرس و تلفن تماس (شماره خانوار و نام خانه بهداشت هم در این قسمت ثبت شود)	سن	جنس	ملیت	علت مراجعه	فرد یا ارگان شناسایی کننده / ارجاع دهنده برای آزمایش خلط *	تاریخ شروع علائم	نمونه گیری خلط			تاریخ ارسال نمونه	نام تحویل گیرنده نمونه برای ارسال به آزمایشگاه	تاریخ دریافت نتیجه نمونه	نتیجه نمونه	تاریخ شروع آنتی بیوتیک	آیا بیمار بهبود یافته؟		نمونه گیری مجددخلط				اقدامات پزشک (در صورت ارجاع به متخصص یا کمیته سل در این قسمت دکر شود)	نتیجه CXR	تشخیص نهایی (اگر تشخیص سل است شماره سل شهرستان ثبت شود)
										شماره مسلسل	تاریخ نمونه گیری	کیفیت نمونه						بلی	خیر	شماره مسلسل	تاریخ نمونه گیری	کیفیت نمونه	نتیجه نمونه			

* فرد یا ارگان شناسایی کننده / ارجاع دهنده برای آزمایش خلط می تواند یکی از این حالات باشد : خود معرف، رابطین یا سایر افراد جامعه، کارکنان نظام شبکه، بخش خصوصی، سایر بخش های دولتی. (بهتر است نام فرد و ارگان در ستون مربوطه ثبت شود.)