

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:		هپیپاراتیروئیدسم اولیه PRIMARY HYPERTHYROIDISM		No of Hosp.: دفعات بستری:	
Family Name: نام خانوادگی:		Name: نام:		Attending Physician: پزشک معالج:	
Father Name: نام پدر:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Date of Admission: تاریخ پذیرش:	
Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث		Marital status: وضعیت تأهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد		Occupation: شغل:	
Address: محل اقامت:		Age of Onset: سن شروع بیماری:		Chief Complaint: علت مراجعه:	
History: سابقه:					
دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه پانکراتیت		سابقه زخم معده		سابقه فامیلی هیپوگلیسمی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه فامیلی سنگ کلیه		سابقه فامیلی تومورهای اندوکرین		سابقه مصرف تیازید	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه مصرف لیتیوم		سابقه فامیلی بیماری متابولیک استخوان		سابقه فامیلی اولسرتینگ مقاوم به درمان	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه فامیلی Multiple evdoctive neplasion		سابقه جراحی در گردن		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Symptoms: - علایم:					
ضعف		کاهش وزن		پلی اوری	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
تکرر ادرار		شب ادراری		سنگ کلیه	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بی اشتها		یبوست		پلی دیپسی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
نقرس کاذب		دردناک شدن استخوانها		اختلالات روانی شخصیتی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
هیپر تانسیون		حساسیت استخوانها		ضعف عضلانی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
درد شکم		سابقه پانکراتیت		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
شکستگی خودبخودی		سابقه زخم معده و یا روده باریک		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
V.S: علایم حیاتی					
RR: <input type="text"/>		PR: <input type="text"/>		T: <input type="text"/>	
BP ایستاده: <input type="text"/>		BP خوابیده: <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Signs: - نشانه ها:					
اختلال روانی شخصیتی		افسردگی		جنون (Psychosis)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
رفلکس تاندونی کاهش یافته		افزایش Extention مفاصل		کاهش حس درد و ارتعاش	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ضعف عضلانی پروگزیمال		تغییر شکل استخوانی		بزرگی تیروئید	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بزرگی طحال		حرکت غیر طبیعی زبان		آتروفی زبان	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
راه رفتن آتاکسیک		حرکت غیر طبیعی زبان		ورم ملتحمة	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بزرگی طحال		آرتريت		شکستگی استخوان	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
لمس ندول در گردن		حساسیت استخوانی		آتروفی زبان	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بزرگی کبد		ضایعه نافی		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

هپیپاراتیروئیدسم اولیه

Laboratory findings:						- یافته های آزمایشگاهی:					
قبل		بعد		قبل		بعد		قبل		بعد	
		کلسیم ادرار ۲۴ ساعته				پاراتورمون				کلسیم	
		۱-۲۵ هیدروکسی ویتامین D پلاسما				الکالن فسفاتاز				فسفر	
مقدار						مقدار					
BUN				WBC				Hb			
HCT				PaO2				Uric Acid			
PaCO2				Creatinine				ESR			
HCO3				.				.			
X-Ray & paraclinic findings:						- یافته های رادیولوژیک و پاراکلینیک:					
ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		استئوفیروز کیستیک		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				نفروکسینوزیس	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		خوردگی زیرپرپوست استخوان		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				اولسریپتیک	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				Brown تومور	
ECG Changes:						- تغییرات ECG:					
Other diseases:						- بیماریهای همراه:					
ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		هیپرپلازی هیپوفیز		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				فنوکروموسیتوما	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Meni		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				تومور هیپوفیز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		بدخیمی		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				Menian	
Treatment:						- درمان انجام شده:					
Recommendation after discharge:						- توصیه های درمان پس از ترخیص:					
نام و نام خانوادگی انترن:						امضای فلو:					
نام و نام خانوادگی رزیدنت:						امضای استاد:					