

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

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

آمنوره
AMENORRHEA

No of Hosp.: دفعات بستری:

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:	
Address: محل اقامت:	Occupation: شغل:	Marital status: وضعیت تأهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث	
Chief Complaint: علت مراجعه:		Amenorrhea: آمنوره: Sec. <input type="checkbox"/> ثانویه primey <input type="checkbox"/> اولیه		
History of present illness: سابقه و مدت بیماری:				
Drug used: سابقه مصرف دارو، نوع و مدت مصرف:				
History: سابقه:				
ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلالات قاعدگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلالات روانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گالاکتوره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه بیماریهای CNS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خونریزی دسفونکسیونل رحمی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیوپسی رحم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خونریزی شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خونریزیهای دهانه رحم (سرویکس)
V.S: علایم حیاتی:				
وزن:	قد:	فشار خون:	نبض:	تنفس:
درجه حرارت:				
Symptoms: علایم:				
ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گالاکتوره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آکنه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علایم هیپرتیروئیدیسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپوسیتیسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلالات روحی و روانی

آمنوره

Laboratory findings:						- یافته های آزمایشگاهی:																																									
آزمایش		قبل از درمان		بعد از درمان		آزمایش		مقدار		نرمال																																					
پرولاکتین						کلسیم																																									
TSH						فسفر																																									
LH						CBC																																									
FSH						ESR																																									
تیروکسین آزاد						پروتئین کل																																									
DHEAS						آنتی بادی های ضد تیروئید																																									
پروژسترون						آنتی بادی ضد هسته																																									
استرادیول خون						فاکتور روماتوئید																																									
Testosterone																																															
کورتیزول صبح																																															
Radiologic & paraclinical findings:												- یافته های رادیولوژیک و پاراکلینیک:																																			
نتیجه Progestational Challenge Test:																																															
نتیجه Goned Down View of Sella Turacica:																																															
نتیجه لاپاراتومی:																																															
نتیجه کاریوتایپ:																																															
نتیجه CT Scan:																																															
Cause of disease:												- علت بیماری:																																			
هیپر تیروئیدیسم				<input type="checkbox"/>				عدم تخمک گذاری				<input type="checkbox"/>				نارسایی زودرس تخمدان				<input type="checkbox"/>																											
اختلالات کروموزومی				<input type="checkbox"/>				بیماری خود ایمنی				<input type="checkbox"/>				مشکلات تکاملی گنادها				<input type="checkbox"/>																											
Testicular Feminization				<input type="checkbox"/>				سندرم تخمدان مقاوم				<input type="checkbox"/>				کنترل ضعیف دیابت				<input type="checkbox"/>																											
سندرم کوشینگ				<input type="checkbox"/>				سندرم شیهان				<input type="checkbox"/>				هیپر پرولاکتینمی				<input type="checkbox"/>																											
هیپر آندروژنمی				<input type="checkbox"/>				End Organ Problem				<input type="checkbox"/>				آمنوره هیپوتالامیک				<input type="checkbox"/>																											
سندرم اشرم				<input type="checkbox"/>				ناهنجاریهای لوله مولر				<input type="checkbox"/>				سندرم ترنر				<input type="checkbox"/>																											
موزائیسیم				<input type="checkbox"/>				کاهش وزن / بی اشتهایی				<input type="checkbox"/>				آمنوره پس از مصرف قرصهای ضد بارداری				<input type="checkbox"/>																											
گلاکتوزومی و نقص آنزیمی ۱۷				<input type="checkbox"/>				تومور هیپوفیز (تومورهای سازنده پرولاکتین)				<input type="checkbox"/>				موارد دیگر				<input type="checkbox"/>																											
هیدروکلسیلاز تخمدان و آدرنال																																															
Remarks:																								- توضیحات																							
Recommendation after discharge:																								- توصیه های پس از ترخیص:																							
نام و نام خانوادگی انترن:												امضای فلو:																																			
نام و نام خانوادگی رزیدنت:												امضای استاد:																																			

