

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

No of Hosp.: دفعات بستری:		کanser تیروئید THYROID CANCER		Unit No: شماره پرونده:	
Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:	
Address: محل اقامت:		Occupation: شغل:		Marital status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد	
				Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث	
Chief Complaint: علت مراجعه:		Age of Onset: سن شروع بیماری:		First Manifest: اولین تظاهر بیماری:	
History: تاریخچه:					
Past history: بیماری گذشته:					
Drug history: سابقه دارویی با اشعه درمانی:					
Family history: سابقه خانوادگی:					
Complaint: - شکایت بیماری:					
دارد ندارد دارد ندارد دارد ندارد					
تنگی نفس <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دیسفاژی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> درد استخوانی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
توده گردنی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شکستگی استخوان <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سابقه بیماری هاشیموتو <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
خشونت صدا <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سابقه بیماری گریوز <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
توضیحات:					
Signs: - نشانه های بیماری:					
دارد ندارد دارد ندارد دارد ندارد					
قوام سخت تیروئید <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> علایم اورولیتایزیس (Urolithiasis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> چسبندگی تیروئید به نسوج اطراف <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
علایم سندرم کوشینگ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ادنوپاتی گردنی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> علایم سندرم کارسینوئید <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
ندول تیروئید <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> هیپرتانسیون <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> قرمزی و گرمی پوست ناحیه تیروئید <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
هیپاتومگالی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Laboratory findings: - یافته های آزمایشگاهی:					
مقدار مقدار مقدار					
Ca:		P:		T4 (قبل از عمل):	
T3 (قبل از عمل):		ALK.pH		TSH (قبل از عمل):	
PTH:		T3RU (قبل از عمل):		Calcitonin:	
CEA:		VMA:		C.X Ray (بعد از عمل):	
Thyroglobulin بعد از عمل جراحی		TSH سه ماه بعد از عمل جراحی			

کanser تیروئید

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۲/۱۰۰

X-Ray findings:		یافته های رادیولوژیک:	
ندارد	دارد	ندارد	دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متاستازهای ریوی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پهن شدن مدیاستن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متاستازهای استخوان	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسکن تمام بدن I131	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسکن تیروئید	<input type="checkbox"/>
Other Diseases:		بیماریهای همراه:	
ندارد	دارد	ندارد	دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپرپاراتیروئید	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قیافه مارفانوئید	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فئوکروموسیتوم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیره:	<input type="checkbox"/>
Pathology:		پاسخ پاتولوژی:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پاپیلری کارسینوما	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فولیکولار کارسینوما	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آناپلاستیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Undifferentiated کارسینوما	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متاستاتیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لنفوم	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیره:	<input type="checkbox"/>
Treatment:		درمان انجام شده:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برداشتن کامل تیروئید	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برداشتن یک لوب تیروئید (lobectomy)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Near total برداشتن تیروئید بصورت	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشعه درمانی (Radio Iodine)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برداشتن ایسم (Isthmuse) تیروئید	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درمان Palliative توسط X-ray	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیره:	<input type="checkbox"/>
Recommendation after discharge:		توصیه های پس از ترخیص:	
نام و نام خانوادگی انترن:		امضای فلو:	
نام و نام خانوادگی رزیدنت:		امضای استاد:	

