

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:		HYPERPROLACTINEMIA		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:		Ward: بخش:		Bed: تخت:																																																																			
Age of Onset: سن شروع بیماری:		First Manifest: اولین تظاهر بیماری:		Chief Complaint: علت مراجعه:																																																																			
History: سابقه:																																																																							
<table><tr><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>سابقه ضربه شدید به سر</td><td></td><td>سابقه مصرف بتوتیازین ها</td><td></td><td>سابقه مصرف استروژن</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>سابقه مصرف متیل دوبا</td><td></td><td>سابقه مصرف منوکلوپرامید</td><td></td><td>سابقه مصرف مواد مخدر</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>سابقه عمل جراحی ناحیه کرانیال</td><td></td><td>زمینه سیروز</td><td></td><td>زمینه نارسایی کلیه</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>زمینه هیپوتیروئیدی</td><td></td><td>سابقه رادیاسیون به سر</td><td></td><td>سابقه مصرف</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه ضربه شدید به سر		سابقه مصرف بتوتیازین ها		سابقه مصرف استروژن		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه مصرف متیل دوبا		سابقه مصرف منوکلوپرامید		سابقه مصرف مواد مخدر		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه عمل جراحی ناحیه کرانیال		زمینه سیروز		زمینه نارسایی کلیه		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زمینه هیپوتیروئیدی		سابقه رادیاسیون به سر		سابقه مصرف		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
سابقه ضربه شدید به سر		سابقه مصرف بتوتیازین ها		سابقه مصرف استروژن																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
سابقه مصرف متیل دوبا		سابقه مصرف منوکلوپرامید		سابقه مصرف مواد مخدر																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
سابقه عمل جراحی ناحیه کرانیال		زمینه سیروز		زمینه نارسایی کلیه																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
زمینه هیپوتیروئیدی		سابقه رادیاسیون به سر		سابقه مصرف																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Symptoms: - علایم:																																																																							
<table><tr><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td><td>دارد</td><td>ندارد</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>سردرد</td><td></td><td>کاهش لیبدو</td><td></td><td>گالاکتوره</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>اختلال بینایی</td><td></td><td>ایمپوتانس</td><td></td><td>آتروفی بیضه ها</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>کاهش میدان بینایی</td><td></td><td>اختلال قاعدگی و آمنوره</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>هیپر سوتیسم</td><td></td><td>عقیمی</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>						دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سردرد		کاهش لیبدو		گالاکتوره		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلال بینایی		ایمپوتانس		آتروفی بیضه ها		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش میدان بینایی		اختلال قاعدگی و آمنوره				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپر سوتیسم		عقیمی				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
سردرد		کاهش لیبدو		گالاکتوره																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
اختلال بینایی		ایمپوتانس		آتروفی بیضه ها																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
کاهش میدان بینایی		اختلال قاعدگی و آمنوره																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
هیپر سوتیسم		عقیمی																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
V.S: - علایم حیاتی:																																																																							
<table><tr><td>وزن</td><td>تنفس</td><td>فشار خون</td><td>نبض</td><td>درجه حرارت</td><td>قد</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						وزن	تنفس	فشار خون	نبض	درجه حرارت	قد																																																												
وزن	تنفس	فشار خون	نبض	درجه حرارت	قد																																																																		
Laboratory findings: - یافته های آزمایشگاهی:																																																																							
<table><tr><td>مقدار</td><td>نرمال</td><td>مقدار</td><td>نرمال</td><td>مقدار</td><td>نرمال</td></tr><tr><td>Hct</td><td></td><td>WBC</td><td></td><td>FBS</td><td></td></tr><tr><td>Creatinin</td><td></td><td>K</td><td></td><td>P</td><td></td></tr><tr><td>Hb</td><td></td><td>ESR</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr><tr><td>Na</td><td></td><td>Ca</td><td></td><td>AlkpH</td><td></td></tr></table>						مقدار	نرمال	مقدار	نرمال	مقدار	نرمال	Hct		WBC		FBS		Creatinin		K		P		Hb		ESR		BUN		Na		Ca		AlkpH																																					
مقدار	نرمال	مقدار	نرمال	مقدار	نرمال																																																																		
Hct		WBC		FBS																																																																			
Creatinin		K		P																																																																			
Hb		ESR		BUN																																																																			
Na		Ca		AlkpH																																																																			

هیپرپرولاکتینمی

بعد از درمان	قبل از درمان		بعد از درمان	قبل از درمان	
		TSH			Prolaction
		T3RU			T4
		Testosterone			FSH
		LH			ACTH
		Cortisol			PTH
		GH			Sperm Count
Radiological findings: - یافته های رادیولوژیک:					
دارد ندارد		دارد ندارد		دارد ندارد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استئوپروز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کلسیفیکاسیون ناحیه سلاروپالاسکلار
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زین ترکی
MRI					
CT Scan					
Treatment: - درمان انجام شده:					
Recommendation after discharge: - توصیه های درمان پس از ترخیص:					
امضای فلو:			نام و نام خانوادگی انترن:		
امضای استاد:			نام و نام خانوادگی رزیدنت:		