

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:		هیرسوتیسم HIRSUTISM		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 تأهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد	
Chief Complaint: علت مراجعه:		Age of Onset: سن شروع بیماری:		Sex: جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث	
First Manifest: اولین تظاهر بیماری:		سن شروع بیماری:		اولین تظاهر بیماری:	
History: سابقه:					
دارد ندارد دارد ندارد دارد ندارد					
سابقه بیماری در خانواده <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سابقه مصرف دارو <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نسبت پدر و مادر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Complaints: شکایات:					
دارد ندارد دارد ندارد دارد ندارد					
کلفت شدن صدا <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> آکنه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> اختلالات عادت ماهیانه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
آمنوره <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سیر سریع پیشرفت هیرسوتیسم و علائم دیگر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dysfunction <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
سابقه نازایی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bleeding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
پوست چرب <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> گالاکتوره <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
V.S: علائم حیاتی:					
RR: PR: T: BP: وزن: قد:					
Signs: - نشانه ها:					
دارد ندارد دارد ندارد دارد ندارد					
Male habitus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> کلیترومگالی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> کاهش نسج پستان <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
ریزش موی ناحیه تمپورال <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> چاقی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Remarks: - توضیحات:					

Severity:						شدت هیرسو تیسم:	
ردیف	شرح	۰	۱	۲	۳	۴	
۱	لب فوقانی						
۲	چانه						
۳	سینه						
۴	قسمت فوقانی پشت						
۵	قسمت تحتانی پشت						
۶	قسمت فوقانی شکم						
۷	قسمت تحتانی شکم						
۸	بازوها						
۹	رانها						
جمع							
کل							

Laboratory findings:			یافته های آزمایشگاهی:		
مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
آندروستادیون	پرولاکتین	تستوسترون سرم			
TSH (IRMA)	FSH	17-OH Progesterone			
کورتیزول آزاد ادرار ۲۴ ساعته	HCT	LH			
WBC	K	Hb			
		Na			

Radiologic & paraclinical findings:

- یافته های رادیولوژیک و پاراکلینیک:

نتیجه سونوگرافی:

نتیجه CT اسکن شکم و لگن:

Other diseases:

- بیماریهای همراه:

ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارسینوم آدرنال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سندرم کوشینگ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تخمدان پلی کیستیک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تومور مترشحه آندروژن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپرپلازی مادرزادی آدرنال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- درمان انجام شده:

- توصیه های درمان پس از ترخیص:

نام و نام خانوادگی انترن:	امضای فلو:
نام و نام خانوادگی رزیدنت:	امضای استاد: