

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درخواست سی تی اسکن
CT SCAN REQUEST SHEET

شماره پرونده: Unit No:

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:																																																																														
		Bed: تخت:																																																																																		
No of done: تعداد دفعات انجام:		Date of done: تاریخ انجام:		Date of request: تاریخ درخواست:		Sex : جنس: M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مؤنث																																																																														
Allergy to contrast media: حساسیت به ماده حاجب:				Primary diagnosis: تشخیص اولیه:																																																																																
History & Clinical signs: سابقه و علائم بالینی بیماری:																																																																																				
Examination : آزمایشات:																																																																																				
<table><tr><td>Brain</td><td><input type="checkbox"/> +Contrast</td><td><input type="checkbox"/> + Graphy</td><td>I.A.C</td><td><input type="checkbox"/> +contrast</td><td>Thorax</td><td><input type="checkbox"/> +contrast</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> - contrast</td><td><input type="checkbox"/> - Graphy</td><td></td><td><input type="checkbox"/> - contrast</td><td></td><td><input type="checkbox"/> - contrast</td></tr><tr><td>Orbit</td><td><input type="checkbox"/> +Contrast</td><td><input type="checkbox"/> + Graphy</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Plain</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Neck</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> - contrast</td><td><input type="checkbox"/> - Graphy</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Air-Meato</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Dynamic</td></tr><tr><td>Coronal</td><td><input type="checkbox"/> +Contrast</td><td><input type="checkbox"/> + Graphy</td><td>Spine</td><td><input type="checkbox"/> Speice</td><td></td><td><input type="checkbox"/> + cisternoct</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> - contrast</td><td><input type="checkbox"/> - Graphy</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Body</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Abdomen</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Myelo</td><td></td><td><input type="checkbox"/> Pelvic</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> 3 Dimention</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Nasopharynx</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Extremities</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>								Brain	<input type="checkbox"/> +Contrast	<input type="checkbox"/> + Graphy	I.A.C	<input type="checkbox"/> +contrast	Thorax	<input type="checkbox"/> +contrast		<input type="checkbox"/> - contrast	<input type="checkbox"/> - Graphy		<input type="checkbox"/> - contrast		<input type="checkbox"/> - contrast	Orbit	<input type="checkbox"/> +Contrast	<input type="checkbox"/> + Graphy		<input type="checkbox"/> Plain		<input type="checkbox"/> Neck		<input type="checkbox"/> - contrast	<input type="checkbox"/> - Graphy		<input type="checkbox"/> Air-Meato		<input type="checkbox"/> Dynamic	Coronal	<input type="checkbox"/> +Contrast	<input type="checkbox"/> + Graphy	Spine	<input type="checkbox"/> Speice		<input type="checkbox"/> + cisternoct		<input type="checkbox"/> - contrast	<input type="checkbox"/> - Graphy		<input type="checkbox"/> Body		<input type="checkbox"/> Abdomen					<input type="checkbox"/> Myelo		<input type="checkbox"/> Pelvic							<input type="checkbox"/> 3 Dimention							<input type="checkbox"/> Nasopharynx							<input type="checkbox"/> Extremities							<input type="checkbox"/>
Brain	<input type="checkbox"/> +Contrast	<input type="checkbox"/> + Graphy	I.A.C	<input type="checkbox"/> +contrast	Thorax	<input type="checkbox"/> +contrast																																																																														
	<input type="checkbox"/> - contrast	<input type="checkbox"/> - Graphy		<input type="checkbox"/> - contrast		<input type="checkbox"/> - contrast																																																																														
Orbit	<input type="checkbox"/> +Contrast	<input type="checkbox"/> + Graphy		<input type="checkbox"/> Plain		<input type="checkbox"/> Neck																																																																														
	<input type="checkbox"/> - contrast	<input type="checkbox"/> - Graphy		<input type="checkbox"/> Air-Meato		<input type="checkbox"/> Dynamic																																																																														
Coronal	<input type="checkbox"/> +Contrast	<input type="checkbox"/> + Graphy	Spine	<input type="checkbox"/> Speice		<input type="checkbox"/> + cisternoct																																																																														
	<input type="checkbox"/> - contrast	<input type="checkbox"/> - Graphy		<input type="checkbox"/> Body		<input type="checkbox"/> Abdomen																																																																														
				<input type="checkbox"/> Myelo		<input type="checkbox"/> Pelvic																																																																														
						<input type="checkbox"/> 3 Dimention																																																																														
						<input type="checkbox"/> Nasopharynx																																																																														
						<input type="checkbox"/> Extremities																																																																														
						<input type="checkbox"/>																																																																														
Instrument & drugs: لوازم و داروهای مصرفی:																																																																																				
<table><tr><td></td><td>+</td><td>-</td><td></td><td>+</td><td>-</td></tr><tr><td>1- Syringe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>- Anesthesia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>2- Scalp vein set</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>7-</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>3- Injection solution</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>8-</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>4- Gastrograin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>9-</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>5- Hydrocortison</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>10-</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>									+	-		+	-	1- Syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Anesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- Scalp vein set	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- Injection solution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- Gastrograin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- Hydrocortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	+	-		+	-																																																																															
1- Syringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Anesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
2- Scalp vein set	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
3- Injection solution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
4- Gastrograin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
5- Hydrocortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																															
Technician: نام تکنسین:																																																																																				
Manager: نام مدیر:																																																																																				
No of used films: تعداد فیلم یا فیلمهای مصرف شده:																																																																																				
نام و امضاء تحویل گیرنده:																																																																																				