

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

هیپوگلیسمی
HYPOGLYCEMIA

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:	
Bed: تخت:							
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: سابقه:							
ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بیماری کبدی				هیپوآدرنالیزم			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه استفاده از انسولین				بیماری کلیوی			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بیماری تومورال				سابقه استفاده از ایندرال			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه مصرف سولفونیل اوره ها				سابقه بیماری اتوایمیون			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		عفونت		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
عمل جراحی دستگاه گوارش							
Symptoms: علائم:							
ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سرگیجه				تعیق			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
گرسنگی				خواب آلودگی			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بیهوشی				حالت تهوع			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
درد شکم				اختلال رفتاری			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بیهوشی				بروز علائم در حالت ناشتا			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
دو بینی				ضعف عضلانی		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
وزن		قد		فشار خون: خوابیده:		ایستاده:	
تففس:		نبض:					
Signs: - نشانه ها:							
ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
کوتاهی قد				آسیت			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
لنفادنوپاتی				علائم نارسایی قلب چپ			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
هپاتومگالی				آکانتوزیس نیگریکانس			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
محل تزریقات روی پوست				توده اپیگاستر			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Remarks: توضیحات:							

Laboratory findings:						- یافته های آزمایشگاهی:	
مقدار		نرمال		مقدار		نرمال	
	HCT		Hb		WBC		
	FBS		Platelete		ESR		
	Alk.Ph		SGPT		SGOT		
	Creatining		Urinanalysis		PT		
Glucose Tolerance Test (GTT):						- تست تحمل گلوکز:	
Hours	0	1	2	3	4	5	
B.S							
B.S mg/ml							
C-peptide mg/dl							
Insulin / Glucose							
GH mg/ml							
X-Ray & paraclinical findings:						- یافته های رادیولوژی و پاراکلینیک:	
Chest X-Ray:						رادیوگرافی قفسه سینه:	
Sonography:						سونوگرافی:	
CT Scan:						سی تی اسکن:	
Angiography:						آنژیوگرافی:	
Treatment:						درمان:	
Recommendation after discharge:						توصیه های پس از ترخیص:	
امضای فلو:				نام و نام خانوادگی انترن:			
امضای استاد:				نام و نام خانوادگی رزیدنت:			