

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:		تیروئیدیت THYROIDISM		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:	
Room: اتاق:		Age of Onset: سن شروع بیماری:		Chief Complaint: علت مراجعه:	
First Manifest: اولین تظاهر بیماری:		History: سابقه:		Symptoms: - علائم:	
تیروئید دردناک		شروع درد بصورت دردناک		شروع درد بصورت تدریجی	
عدم وجود درد		خشونت صدا		دیسفاژی	
طپش قلب		عصبانیت		خستگی مفرط	
تب		درد ناحیه گوش			
حملات تیروئیدیت مشابه قبلی		ارتباط با حاملگی			
علائم حیاتی: V.S:		BP:		T:	
PR:		RR:		Signs: - نشانه ها:	
گواتر سخت		گواتر حساس و سفت		علائم هیپوتیروئیدی	
وجود ندول تیروئید		گواتر بدون درد		قرمزی و گرمی پوست روی تیروئید	
عوارض چشمی		وجود عفونت در بدن		تموج روی تیروئید	
- یافته های آزمایشگاهی: Laboratory signs:		مقدار		مقدار	
ESR		RAIU		ATPO	
T4		T3		FT1	
WBC		Anti throglobulin		T3RU	
TSH					

تیروئیدیت

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۰/۱۱۵

X-Ray & paraclinical findings:		- یافته های رادیولوژیک:	
		رادیوگرافی از بافت نرم گردن:	
		اسکن تیروئید:	
		:CXR	
		:Barium Swallow	
		:FNA جواب	
Other diseases:		- بیماریهای همراه:	
دارد	ندارد	دارد	ندارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosis:		تشخیص بیماری:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complication:		عوارض بیماری:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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:	