

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:

فشار خون ثانویه

Unit No: شماره پرونده:

SCENDARY HYPERTENSION

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 تأهل: 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	ندارد	دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بیماریهای عروقی محیطی		حوادث عروقی مغز		سابقه افزایش فشار خون	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
چاقی		اختلال عملکرد کلیه		بیماریهای عروق محیطی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه مصرف داروهای کاهش دهنده فشارخون		سابقه مصرف الکل		مصرف سیگار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه فامیلی هیپرتانسیون		سابقه فامیلی کلیه پلی کیستیک		سابقه فامیلی بیماری کلیوی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه Tyramine & MAO inhibitors		سابقه مصرف Carbenoxolone/locrice		سابقه مصرف OCP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سکته قلبی		مصرف فنوتیازین		مصرف آنتی هیستامین	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شغل پراسترس		چربی خون بالا		بیماریهای عروق کرونر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه فامیلی فشار خون بالا		سابقه مصرف مواد غذایی غیرمعمول		مصرف مقادیر زیاد نمک	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سابقه مصرف Cyclosporine		سابقه فامیلی کانسر مدولاری تیروئید		سابقه فامیلی فنوکروموسیتوم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		سابقه مصرف داروهای sympathomime		سابقه مصرف Glucocorticoids	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		مصرف داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای		مصرف داروهای مهار کننده اشتها	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.S: علایم حیاتی:

وزن:	قد:	درجه حرارت:	نبض:	تنفس:	فشار خون ایستاده:	فشار خون خوابیده:
------	-----	-------------	------	-------	-------------------	-------------------

Symptoms: - علایم:

ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خستگی		ضعف		کرامپ های عضلانی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پراداری		طپش قلب		تعریق زیاد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کاهش وزن		Nervousness		هیپوتانسیون وضعیتی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درد سینه		شب ادراری		درد شکم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تهوع		استفراغ			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تشنگی		رنگ پریدگی			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signs: - نشانه ها:

علایم رتینوپاتی مربوط به افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/>	نشانه های نارسایی احتقانی قلب	<input type="checkbox"/>	کاردیومگالی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نشانه های اختلال عملکرد میوکاردا	<input type="checkbox"/>	نشانه های بیماری عروق محیطی	<input type="checkbox"/>	توده شکمی در معاینه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ادم		هیپرتروفی بطن چپ		تاکیکاردی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نشانه های سندرم کوشینگ		وبرلیزاسیون		چاقی شکمی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آریتمی		پاراستری			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trousseau		Chevostek sign			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فشار خون ثانویه

Laboratory findings:		- یافته های آزمایشگاهی:	
نرمال	مقدار	نرمال	مقدار
FBS:	HCT:	Hb:	
HCO3:	Na:	Ca:	
Creatinine:	Mg:	K:	
Urine Acid:	Triglyceride:	Cholestrol:	
Urinary potassium excretion:	Proteinuria:	Hematuria:	
BUN:	U/A:	Urinary 17-ketosteroids:	
X-Ray & paraclinical findings:		- یافته های پاراکلینیک و رادیولوژیک:	
نتیجه ECG:			
نتیجه سونوگرافی:			
نتیجه Chest X-ray:			
نتیجه CT:			
Diagnostic Tests:		- تستهای تشخیصی:	
ACTH پلاسما		غلظت کورتیزول پلاسما:	
غلظت DHEA-S پلاسما:		غلظت کورتیزول پلاسما:	
نتیجه تست مهار با دگزامتازون:		نتیجه جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته:	
میزان تستوسترون سرم:		- پروتئین:	
Urinary aldosterone		- کورتیزول آزاد ادرار ۲۴ ساعته:	
		- 17 OH-CS ادرار ۲۴ ساعته:	
Plasma renin Activity:		Plasma aldosterone:	
زمان GTT	۰	۳۰ دقیقه	۶۰ دقیقه
BS			
۱۲۰ دقیقه	۹۰ دقیقه		
Causes of disease:		- علل بیماری:	
دارد	ندارد	دارد	ندارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیابت ملیتوس	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سندرم کوشینگ:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperinsulinism	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperthyroidism	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renin-Secreting tumors	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deoxycorticosterone producing tumor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oral conterceptive	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certain tubulopathies	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exogenous mineralocorticoids	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postoperative	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Primary aldosteronism	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperparathyroidism	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperthyroidism	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortisol producing tumor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renovascular disease	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pituitary ACTHpr oducing tumor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کواآرکتاسیون آنورت	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاهش مقاومت عروق محیطی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلالات نورولوژیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دارویی و شیمیایی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موارد دیگر	<input type="checkbox"/>
Treatment:		- درمان انجام شده:	
Recommendation after disharge:		- توصیه های درمانی پس از ترخیص:	
نام و نام خانوادگی انترن:		امضای فلو:	
نام و نام خانوادگی رزیدنت:		امضای استاد:	

