

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:		فئوکروموسیتوما PHEOCHROMOCYTOMA		دفعات بستری: No of Hosp.:	
نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		پزشک معالج: Attending Physician:	
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:	
جنس: Sex:		وضعیت تأهل: Marital status:		شغل: Occupation:	
M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث		Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد		محل اقامت: Address:	
اولین تظاهر بیماری: First Manifest:		سن شروع بیماری: Age of Onset:		علت مراجعه: Chief Complaint:	
History: سابقه:					
دارد ندارد		دارد ندارد		دارد ندارد	
<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون و کریز		<input type="checkbox"/> کارسینوم مدولر تیروئید		<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون هنگام عمل جراحی	
<input type="checkbox"/> سابقه فامیلی فئوکروموسیتوما		<input type="checkbox"/> افزایش فشار خون در بیهوشی و تروما		<input type="checkbox"/> سابقه فامیلی مدولاری کارسینوم تیروئید	
<input type="checkbox"/> سابقه بیماری قبلی		<input type="checkbox"/> کریز در تغییر پوزیشن		<input type="checkbox"/> سابقه هماچوری	
<input type="checkbox"/> سنگ صفراوی		<input type="checkbox"/> هیپرپاراتیروئیدسم اولیه		<input type="checkbox"/> سنگ کلیه	
<input type="checkbox"/> سابقه مصرف متیل دوپا		<input type="checkbox"/> سابقه مصرف L-Dopa		<input type="checkbox"/> سابقه مصرف پروپرانولول	
<input type="checkbox"/> سابقه مصرف کربی دوپا		<input type="checkbox"/> سابقه مصرف مهارکننده های MAO		<input type="checkbox"/>	
Symptoms: - علایم:					
<input type="checkbox"/> درد شانه و گردن		<input type="checkbox"/> تاری دید دائم		<input type="checkbox"/> تب	
<input type="checkbox"/> افزایش تعریق		<input type="checkbox"/> سرد شدن انتهایها		<input type="checkbox"/> ضعف	
<input type="checkbox"/> تشنگی زودرس		<input type="checkbox"/> کاهش وزن		<input type="checkbox"/> کاهش اشتها	
<input type="checkbox"/> هیپرتانسیون مداوم		<input type="checkbox"/> سردرد		<input type="checkbox"/> هیپرتانسیون حمله ای	
<input type="checkbox"/> تائیکاردی		<input type="checkbox"/> علایم حمله ای		<input type="checkbox"/> حملات فلاشینگ	
<input type="checkbox"/> هیپرتانسیون استاتیک		<input type="checkbox"/> حملات رنگ پریدگی		<input type="checkbox"/> تپش قلب مداوم	
<input type="checkbox"/> تپش قلب حمله ای		<input type="checkbox"/> درد سینه آئزینی		<input type="checkbox"/> کاهش دید	
<input type="checkbox"/> تنگی نفس		<input type="checkbox"/> سرگیجه وضعیتی		<input type="checkbox"/> گرسنگی	
<input type="checkbox"/> تشنج		<input type="checkbox"/> سرفه		<input type="checkbox"/> درد اندامها	
<input type="checkbox"/> احساس فشار در گلو		<input type="checkbox"/> سنکوپ		<input type="checkbox"/> عدم جواب به داروهای ضد فشار خون	
<input type="checkbox"/> کریز بعد از بلوک کننده های بتا		<input type="checkbox"/> ایلتوس		<input type="checkbox"/> کریز بعد از هیستامین	
<input type="checkbox"/> کریز بعد از مواد مخدر		<input type="checkbox"/> عدم تحمل به گرما		<input type="checkbox"/> نشانه های هیپرمتابولیسم	
<input type="checkbox"/> پلی اوری و پلی دیسی		<input type="checkbox"/> حمله هنگام ادرار کردن		<input type="checkbox"/> درد پهلوها	
<input type="checkbox"/> یبوست		<input type="checkbox"/> اسهال		<input type="checkbox"/> شکم درد حمله ای	
<input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ در حملات		<input type="checkbox"/> پاراستزی و کرختی		<input type="checkbox"/> تحریک پذیری	
<input type="checkbox"/> تاری دید موقت		<input type="checkbox"/> دیس آرتری		<input type="checkbox"/>	
V.S: علایم حیاتی:					
RR:		PR:		T:	
BP خوابیده:		BP ایستاده:			

Signs:										- نشانه ها:									
ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نرومهای مخاطات				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوروفیروم های پوستی				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لکه های شیر قهوه ای					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاکیکاردی				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپرتانسیون حمله ای				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپرتانسیون مداوم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اکروسیانوز				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپرتانسیون ارتواستاتیک				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نشانه های نارسایی قلب					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رتینوپاتی هیپرتانسیون				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آریتمی قلب				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فنومن رینود					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کریز در لمس شکم				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توده شکمی در معاینه				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود هماتزیوم در رتین					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطراب				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	افسردگی				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایلئوس					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توده گردنی در معاینه				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دفورمیتی ستون فقرات				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلالات مخچه ای					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ندول تیرئید				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قیافه مارفانوئید					
Laboratory findings:										- یافته های آزمایشگاهی:									
										مقدار									
HCT:										Ca:									
زمان: ۰ ۳۰ ۶۰ ۹۰ ۱۲۰										مقدار									
BS:										FBS:									
GTT:										FBS:									
X-Ray & paraclinical findings:										- یافته های رادیولوژیک و پاراکلینیک:									
ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توده مدیاستن				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سفواسکولوز در عکس ستون فقرات					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاردیومگالی در عکس سینه				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG تغییرات					
Remarks:										- توضیحات:									
Other diseases:										- بیماریهای همراه:									
ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ون هیپیل لیندو				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سندرم کوشینگ				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوروفیروماتوزیس					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارسینوم مدولر تیروئید				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نروم مخاطی (Men IIb)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپرپاراتیروئیدیسم					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Men IIa				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاردیومیوپاتی					
Other examination:										- تست های انجام شده:									
										نتیجه اندازه گیری اپی نفرین و نوراپی نفرین پلاسما قبل از کلونیدین									
										نتیجه اندازه گیری اپی نفرین و نوراپی نفرین پلاسما بعد از کلونیدین									
										نتیجه اندازه گیری VMA ادرار ۲۴ ساعته									
										نتیجه اندازه گیری توتال متانفرین های ادرار ۲۴ ساعته									
										نتیجه اندازه گیری کاتکولامین های آزاد ادرار ۲۴ ساعته									
										نتیجه اندازه گیری دوپامین HWA، دی پیدروکسی فنیل گلیکول									
										نتیجه تست هیستامین									
										نتیجه تست گلوکاگن									
										نتیجه تست فنتولامین									
										نسبت اپی نفرین به نوراپی نفرین ادراری									
										نتیجه IVP									
										نتیجه CT از آدرنالها									
										نتیجه آنژیوگرافی									
Teratment:										درمان انجام شده:									
Recommendation after discharge:										توصیه های درمان پس از ترخیص:									
										نام و نام خانوادگی انترن:									
										امضای فلو:									
										نام و نام خانوادگی رزیدنت:									
										امضای استاد:									

