

فرم شماره ۲ معاینه کارگران در معرض سیلیس

نام شرکت:

شماره پرسنلی:

تکمیل کننده: پزشک متخصص

تاریخ تکمیل فرم: / / ۱۳.....

الف) مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر:

ب) تاریخچه:

۱- آیا سابقه مشکل کلیوی دارید؟ بلی خیر

اگر بلی نام دقیق بیماری شما چه بوده است؟

چند سال پیش به این بیماری مبتلا بوده اید؟ سال پیش

آیا کامل درمان شده اید؟ بلی خیر

اگر خیر آیا هنوز تحت درمان می باشید؟ بلی خیر

۲- آیا سابقه ابتلا به بیماریهای زیر را دارید؟

اسکلرودرمی آرتریت روماتوئید SLE (لوپوس)

اگر بلی از چند سال پیش شروع شده است؟ سال پیش

آیا کامل درمان شده اید؟ بلی خیر

اگر خیر آیا هنوز تحت درمان می باشید؟ بلی خیر

۳- آیا سابقه ابتلا به بیماری ریوی در خانواده خود دارید؟ بلی خیر

اگر بلی این فرد چه نسبتی با شما دارد؟

نام دقیق بیماری ایشان چیست؟

ج) اسپرومتری

همکاری بیمار در چه سطحی است؟

خوب متوسط غیر قابل قبول

نتایج اسپرومتری

	Measured	Predict	% Predict
FEV1			
FVC			
FEV1/FVC			
FEF 25-75%			
PEF			

Normal

Probably Normal

Obstructive

Mild

Moderate

Moderately Severe

Sever

Very Severe

Restrictive

Mild

Moderate

Moderately Severe

Sever

Very Severe

Mixed

د) CXR

۱- کدامیک از موارد زیر دیده می شود؟

ندول

اندازه ندولها < 10 mm ≥ 10 mm

تصاویر رتیکولر تصاویر رتیکولونندولر

۲- این تصاویر در کدام ریه دیده می شوند؟ ریه راست ریه چپ

در کدام لوب ها؟ لوب فوقانی لوب میانی لوب تحتانی

۳- کدامیک از موارد زیر دیده می شود؟

لنفادنوپاتی

کلسیفیکاسیون لنف نود

رتراکشن هیلار

پنوموتوراکس

آمفیزم

فیروزپلور

بول

ها نتیجه نهایی

آیا بیمار مبتلا به سیلیکوزیس می باشد؟ بلی خیر

اگر بلی از چه نوعی است؟ Simple PMF

مهر و امضای پزشک