**« فرم شماره 1 معاینه کارگران در معرض سیلیس »**

**تکمیل کننده : پزشک عمومی**

**تاریخ تکمیل فرم .................................**

الف) مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سال تولد:

ب ) سابقه شغلی:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **عنوان/ سمت** | **کار محوله** | **عوامل مواد**  **زیان آور** | **تاریخ اشتغال**  **(از ......... تا .........)** | **علت تغییر شغل** |
| **مشاغل فعلی** | **اول** |  |  |  |  |  |
| **دوم** |  |  |  |  |  |
| **مشاغل قبلی** | **اول** |  |  |  |  |  |
| **دوم** |  |  |  |  |  |
| **سوم** |  |  |  |  |  |

ج ) تاریخچه:

1- آیا سیگار می کشید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی به مدت چند سال؟ ................... سال

چند نخ در روز؟ ................... نخ در روز

2- آیا سابقه ابتلاء به سل دارید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی در چه سالی؟ سال ............ 13

آیا درمان شده اید؟ بلی ❑ خیر ❑ در حال حاضر تحت درمان می باشم ❑

اگر بلی چند ماه درمان شده اید؟ ................... ماه

چند دارو دریافت کرده اید؟ ................... دارو ................... ماه ................... دارو ................... ماه

3- آیا بخاطر بیماریهای ریوی تحت نظر پزشک بوده اید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی نام دقیق بیماری چه بوده است؟ ................................................

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

آیا بیماری شما به طور کامل درمان شده است؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر خیر آیا هنوز دارو دریافت می کنید؟ بلی ❑ خیر ❑

4- آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی نام دارو چیست؟ ................................................

آیا هیچ یک از داروهای زیر را مصرف کرده اید؟

داروهای استنشاقی (نظیر سالبوتامول، استروئید و غیره) ❑ اکسیژن ❑ کورتون خوراکی ❑

5- آیا سابقه بستری در بیمارستان به دلیل بیماری ریوی دارید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی علت دقیق بستری شما چه بوده است؟ ................................................

چند روز بستری بوده اید؟ ....................... روز

در چه سال بستری بوده اید؟ سال .............. 13

6- آیا سابقه فوت یا ترک کار به دلیل بیماری ریوی در همکاران خود داشته اید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی نام آن همکار چه بوده است؟ ................................................

د ) علایم:

1- آیا تنگی نفس دارید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی از چه زمانی شروع شده است؟ ................. ماه پیش یا ................. سال پیش

تنگی نفس شما در چه زمانی است؟ هنگام فعالیت ❑ هنگام استراحت ❑

آیا در این مدت تنگی نفس شما بیشتر شده است؟ بلی ❑ خیر ❑

2- آیا خلط دارید؟ بلی ❑ خیر ❑

اگر بلی از کی شروع شده است؟ ................. ماه پیش یا ................. سال پیش

آیا خلط شما به تدریج بیشتر شده است؟ بلی ❑ خیر ❑

آیا خلط شما خونی است؟ بلی ❑ خیر ❑

3- کدامیک از علایم زیر را تاکنون داشته اید؟

تب ❑ تعریق شبانه ❑ کاهش اشتهاء ❑ درد قفسه سینه ❑

کاهش وزن (بیش از 10% طی 6 ماه) ❑ وزن فعلی ........... کیلوگرم، وزن قبلی ........... کیلوگرم

ﻫ ) نشانه ها:

بیمار دارای کدامیک از نشانه های زیر است؟

کراکل ❑ ویز ❑ رونکای ❑ سیانوز ❑ retraction ❑

کاهش expansion قفسه سینه ❑ هیچکدام ❑ RR: …………./min

و ) **CXR**:

آیا CXR غیر طبیعی است؟ بلی ❑ خیر، طبیعی است ❑

ز ) نتیجه اولیه:

آیا بیمار مبتلا به سیلیکوزیس می باشد؟ خیر ❑ مشکوک به ابتلاء ❑

**مهر و امضای پزشک**