

پرسشنامه آزمایش سرب

نام بیمار :

سن :

تاریخ انجام تست :

شغل :

ارسالی از :

علائم مسمومیت :

- ☐ درد های شکمی ☐ ضعف عمومی ☐ تب ☐ درد مفاصل ☐ لرزش و توهم ☐ تهوع ☐ تحریک پذیری ☐ خستگی مداوم ☐ گرفتگی عضلات

چه مدت ؟

آیا بیمار سابقه مصرف مواد مخدر داشته ؟

نوع ماده مخدر ذکر شود .

شرایط زندگی و کار :

محل کار بیمار را بنویسید

آیا بیمار طی یک ۱۰ روز گذشته با افراد آلوده به سرب تماس داشته است .

آیا محل زندگی بیمار در نزدیکی اماکن پر ترافیک کنار بزرگراههاست .

آیا بیمار سابقه کار در مناطق صنعتی و یا معدنی داشته است ؟

دستورالعمل ثبت فلزات سنگین

* تاریخ مراجعه ، نام بیمار ، سن ، شغل و نام پزشک بیمار قید شود.

* ارسالی از : نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود. (مانند سینا شاهین شهر)

* علائم بالینی بیمار را با زدن علامت در مقابل گزینه صحیح مشخص کنید.

* گزینه مناسب را با توجه به شرایط زندگی و محیط زندگی او ، علامت بزنید.

* گزینه مناسب را با توجه به نوع و شرایط تغذیه بیمار ، علامت بزنید.

* آدرس و تلفن بیمار نوشته شود.