

BCG vaccine complications :form.1
(by parents)

نام :	کد ملی:	تاریخ بستری:	تاریخ تکمیل فرم:
مرکز بستری:	پزشک معالج:		
الف: اطلاعات دموگرافیک			
۱/تاریخ تولد:	۲/ جنس:	۳/ وزن(Zscore):	
۴/ تلفن:			
۵/ آدرس:			

ب: علایم و شکایات	
۱/ تب: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان شروع:	طول مدت: توضیح:
۲/بثورات پوستی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان شروع:	طول مدت: توضیح نوع راش و فرم درگیری:
۳/ کاهش شیر(غذا خوردن): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان شروع:	طول مدت: توضیح:
۴/ بزرگی شکم: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان شروع:	
۵/ بزرگی غده لنفی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان شروع:	محل: گردنی <input type="checkbox"/> زیر بغل <input type="checkbox"/> کشاله ران <input type="checkbox"/> قفسه سینه <input type="checkbox"/> سایر نقاط <input type="checkbox"/> یکطرفه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دو طرفه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اندازه: توضیح:
۶/ اسهال: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زمان شروع:	
طول مدت:	