

پرسشنامه بررسی سطح خونی سرب در کودکان

۱- بیمارستان ..... نام پزشک معالج.....				
۲- علت مراجعه:				
۳- کد ملی بیمار..... شماره پرونده:..... شماره تماس.....				
نام و نام خانوادگی بیمار: .....				
۴- تاریخ تولد:..... سن: .....				
۵- جنس: <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/> دختر				
۶- شهر و استان محل تولد:.....				
۷- شهر و استان و آدرس محل سکونت فعلی:.....				
۸- مدت زمان سکونت در منزل فعلی (سال):.....				
۹- باز سازی اخیر ساختمان (شش ماه) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر				
۱۰- مدت زمان گذشته از ساخت ساختمان محل سکونت (سال):.....				
۱۱- نقاشی اخیر ساختمان (شش ماه)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر				
۱۲- نوع رنگ پوشش دیوار <input type="checkbox"/> روغنی براق <input type="checkbox"/> روغنی مات <input type="checkbox"/> پلاستیک <input type="checkbox"/> مولتی کالر <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نامعلوم				
۱۳- نوع لوله های مورد استفاده در منزل <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> تغییر فلزی <input type="checkbox"/> هر دو <input type="checkbox"/> نوع شیرهای مورد استفاده				
۱۴- در صورتی که در تهران زندگی می کنید کجای شهر زندگی می کنید؟ نام منطقه؟..... منطقه شهرداری.....				
۱۵- آیا کودک در زمین خاکی بازی می کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر.				
۱۶- آیا در اطراف محل زندگی کارخانه ای مشغول به فعالیت است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نوع کارخانه در صورت بلی.....				
۱۷- نوع اسباب بازیهای استفاده شده توسط کودک؟ <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> پلاستیکی <input type="checkbox"/> پارچه ای و نخی <input type="checkbox"/> سایر موارد				
سایر توضیحات:				
۱۸- شغل پدر: ..... ۱۹- شغل مادر:..... ۲۰- شغل مراقب کودک .....				
سایر توضیحات	روش مصرف	مدت مصرف	ماده مخدر مصرفی	۲۱- سابقه اعتیاد
				کودک
				پدر
				مادر
				خواهر
				برادر
				سایر موارد
۲۲- وزن.....				
۲۳- قد.....				
۲۴- دورسر.....				
۲۵- شاخص توده بدنی.....				
۲۶- Z-score.....				
وزن برای طول بدن Z-score.....				
RR=	PR=	SBP=	DBP=	T=
۲۷- علائم حیاتی بیمار در بدو ورود :				
۲۸- عادت غذایی خاص:				
۲۹- مصرف منظم داروهای گیاهی و ادویه جات:				
۳۰- عادات: <input type="checkbox"/> خاک خوری <input type="checkbox"/> بیخ خوری <input type="checkbox"/> خوردن مهر <input type="checkbox"/> خوردن رنگ دیوار <input type="checkbox"/> خوردن گچ و سیمان دیوار. <input type="checkbox"/> خوردن رنگ اسباب بازی <input type="checkbox"/> سایر موارد:.....				

۳۱- علامت و مشکلات :

اختلال رشد قدی

، اختلال شنوایی

، بیش فعالی و اختلال تمرکز

، علایم سیستم عصبی مرکزی (شامل تشنج، خستگی مفرط، انسفالوپاتی با علت نامعلوم، ادم مغزی، افزایش فشار داخل مغزی، سردرد، ادم پایی، تغییر خلق و خو)

علایم گوارشی (شامل بی اشتها، درد شکم، یبوست، و استفراغ) و

علایم اختلال توبولار کلیوی و همولیز با علت نامعلوم

معاینات:

شنوایی سنجی

معاینه روان پزشکی:

معاینه نورولوژیک: معاینه شکم:

توشه رکتال:

معاینه چشم و رتین:

۵۷- آزمایشات:

WBC= HCT= RBC= Hgb= MCV= LDH= PLT= ALT= ALT=  
BS= BUN= Cr= Na= K= Ca= P=  
ESR= CRP= Amylase= Lipase= CPK= CK-Mb SE=  
TSH=  
Basophilic Stippling Cell=

..... سایر آزمایشات.....

24. Blood Gas: PH= Hco3= Pco2= BE=

25. Other lab results

Other para-clinic work up:

EEG:

EMG-NCV:

Abdominal US:

Brain CTs:

Brain MRI:

OAE:

ABR:

Bone scan:

DEXA:

۵۸- تشخیص اولیه:

۵۹-تشخیص نهایی:

۶۰-درمان:

۶۱-مدت بستری در بخش (روز): ۳۰- نیاز به مراقبت ویژه (روز): ۳۱- کل مدت زمان بستری(روز):

۳۲- سطح خونی سرب:

Lead careП.....

Atomic absorption.....