

# نظام ثبت اطلاعات در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری

ثبت خدمات فردی – پرونده افراد تحت پوشش

کلیه خدمات ارائه شده به فرد در مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری در قالب فرم های این مجموعه در پرونده وی ثبت و بایگانی خواهد شد



مجموعه فرم‌های

داخل پرونده

(ثبت اطلاعات فردی)

در مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری

استفاده از این فرم‌ها در پرونده الزامی است



محرمانه

فرم شماره ۱ پ

کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

## فرم ۱- مشخصات فردی - الف اطلاعات ثابت

نام خانوادگی:	نام پدر:	سال تولد:	جنس:	ملیت:
			ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	
تاریخ اولین مراجعه به مرکز :		*۱ نحوه آشنایی با مرکز : *۲ کد محل ارجاع ( در صورت ارجاع ):		
در صورت ابتلا به HIV تاریخ تشخیص :		*۳ مرکز تشخیص دهنده HIV		

مهاجرت به داخل : (در صورتی که بیمار از یک شهرستان یا استان دیگر به این شهرستان مهاجرت کرده است :

نام استان مبدا	نام شهرستان مبدا	نام مرکز مبدا	کد فرد در مرکز مبدا
----------------	------------------	---------------	---------------------

مهاجرت به خارج : (در صورتی که بیمار به یک شهرستان یا استان دیگر مهاجرت نماید :

نام استان مقصد	نام شهرستان مقصد	نام مرکز مقصد	تاریخ ارسال کپی پرونده بیمار
کد فرد در مرکز مقصد			

در صورت فوت مطالب ذیل تکمیل شود :

تاریخ فوت	تاریخ گزارش فوت	منبع گزارش	مرحله بیماری قبل از فوت :
محل فوت	علت زمینه ای فوت	علت منجر به فوت	

کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

فرم ۱- مشخصات فردی - ب اطلاعات متغییر

تاریخ به روز رسانی اطلاعات ( هر سه ماه یکبار این اطلاعات باید به روز رسانی شود			
□□/□□/□□	□□	□□	□□
			*۴ تحصیلات
			*۵ وضعیت تاهل
			*۶ وضعیت بیمه
			*۷ شغل
			تعداد فرزند
			*۸ وضعیت مصرف مواد
			*۹ نوع کاهش آسیب
			آدرس
			تلفن

\*۱ نحوه آشنائی با مرکز: ۱- سایر مراجعین مرکز- ۲- رسانه ها- ۳- ارجاع- ۴- سایر

\*۲ کد محل ارجاع : ۱- ارجاع از مراکز کاهش آسیب- ۲- ارجاع از مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی - ۳- ارجاع از واحدهای مراقبت مادران باردار - ۴- ارجاع از سایر سازمانها و ادارات - ۵- سایر

\*۳ مرکز تشخیص دهنده HIV : ۱- مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی - ۲- مرکز مشاوره زندان- ۳- مرکز مشاوره سایر ارگانها - ۴- بیمارستان - ۵- انتقال خون - ۶- سایر

\*۴ کد تحصیلات: ۱- بی سواد ۲- ابتدائی ۳- راهنمایی ۴- دبیرستان ۵- تحصیلات عالی

\*۵ وضعیت تاهل: ۱- ازدواج موقت - ۲- ازدواج دائم - ۳- هرگز ازدواج نکرده - ۴- همسر مرده - ۵- از همسر جدا شده

\*۶ وضعیت بیمه: ۱- تأمین اجتماعی - ۲- خدمات درمانی - ۳- کمیته امداد - ۴- نیروهای مسلح - ۵- سایر - ۶- بیمه ندارد

\*۷ کد شغل: ۱- کلیه مشاغل دور از خانه، اعم از کارگران فصلی و یا کارکنان وسایط نقلیه تجارتي و یا مسافرتی شامل کشتی، هواپیما، کامیون، اتوبوس و ...

۲- کارکنان شاغل در محیط های در معرض خطر از جمله کارکنان بهداشتی درمانی، نیروهای انتظامی، کارکنان زندان

۳- سایر مشاغل اتم از دولتی و غیر دولتی

۴- بیکار

\*۸ وضعیت مصرف مواد: ۱- تزریقی- ۲- خوراکی - ۳- استنشاقی - ۴- تدریجی - ۵- سایر - ۶- مصرف نمی کند

\*۹ نوع کاهش آسیب: ۱- سرنگ - ۲- کاندوم - ۳- متادون - ۴- سایر



فرم شماره ۲ پ

کد شناسایی : □□/□□/□□□□ □□

فرم ۲- مشاوره و آزمایش داوطلبانه-الف اطلاعات پایه مشاوره

تاریخ اولین مراجعه :

علت اولین مراجعه:

\*۱ کد/کدهای عامل خطر:

سابقه زندان:  دارد  ندارد

سابقه رفتار غیر ایمن جنسی:  دارد  ندارد

در صورت داشتن سابقه رفتار غیر ایمن جنسی :

آیا تماس جنسی با فردی به غیر همسر دارد:  بلی  خیر

در صورت بلی آیا شرکای جنسی متعدد دارد:  بلی  خیر

استفاده از کاندوم در تماس جنسی با غیر همسر :  همیشه  گاهی اوقات  بندرت  اصلاً

سابقه بیماری آمیزشی:  بلی  خیر

سابقه اعتیاد:  دارد  ندارد

در صورت داشتن سابقه اعتیاد :

سابقه تزریق:  دارد  ندارد

سابقه تزریق مشترک:  دارد  ندارد

نحوه مصرف مواد در حال حاضر:  تدریجی  خوراکی  تزریقی

در صورت استفاده به شکل تزریقی، استفاده از وسایل مشترک:  همیشه  گاهی اوقات  بندرت  اصلاً

وضعیت بارداری هنگام مراجعه:  بلی  خیر

نکات مهم در اولین مشاوره :

**\*\*کد عامل خطر:** ۱- مصرف تزریقی مواد ۲- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس ۳- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) ۴- دریافت خون و فرآورده های خونی ۵- متولد از مادر مبتلا ۶- همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد ۷- همسر فرد مبتلا به HIV ۸- مواجهه شغلی یا غیر شغلی ۹- سایر با ذکر مورد

**توجه:** منظور از وسایل مشترک، هرگونه استفاده از ابزار تزریق از جمله: سرنگ، ملاقه، پمپ، آب مقطر و سایر موارد برای بیش از یک نفر میباشد.

فرم شماره ۲ پ

کد شناسایی : □□/□□/□□□□□□□□

فرم ۲- مشاوره و آزمایش داوطلبانه-ب مثبت سیر مشاوره

نتایج آزمایش HIV						
						تاریخ درخواست آزمایش
						تاریخ انجام آزمایش
						نتیجه
						تاریخ اعلام نتیجه به فرد

تاریخ مراجعه بعدی	نام مشاور	نکات مهم در سیر مشاوره	تاریخ مراجعه

کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

فرم ۳-مراقبت بالینی HIV/AIDS-صفحه اول

قسمت اول : شرح حال و سوابق پزشکی

جدول ۱-۱- نکات مهم در شرح حال اولیه :

جدول ۱-۲- سوابق پزشکی :

مرحله بیماری در زمان تشخیص:  بدون علامت  
سابقه مصرف دارو و حساسیت دارویی :  
.....  
.....  
.....

سابقه بیماری های دیگر :  
.....

قسمت دوم : واکسیناسیون

جدول ۲- واکسیناسیون :

تاریخ دریافت						واکسن
توضیحات	نوبت پنجم	نوبت چهارم	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	
						هپاتیت ب
						هپاتیت مجدد
						توام
						انفلوآنزا
						پنوموکی



کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

فرم ۳- مراقبت بالینی HIV/AIDS-صفحه ۲

قسمت سوم : ارزیابی بیمار جهت تعیین مرحله بیماری

جدول ۱-۳- ثبت علائم حیاتی و معاینه بالینی (هر سه ماه یکبار برای مبتلایان به HIV انجام می شود)

				تاریخ	علائم
					فشار خون
					نبض
					تنفس
					درجه حرارت
					وزن
					قد : (برای افرادی که در سن رشد نیستند یکبار کافی است)
					مرحله اول (عفونت بدون علامت HIV-لنفادنوپاتی گسترده دائمی)
					مرحله دوم (هرپس زوستر (در ۵ سال گذشته)-ضایعات جلدی مخاطی کوچک-عفونت راجعه دستگاه تنفسی فوقانی-کاهش وزن به مقدار ۱۰%)
					مرحله سوم (عفونت شدید باکتریایی-کاندیدیازیس دهانی-اسهال مزمن بدون توجیه(بیش از یک ماه)- لکوپلاکی موئی دهانی- سل ریوی در یک سال گذشته- کاهش وزن بیش از ۱۰%)
					مرحله چهارم (کاندیدیازیس(مری،برونش،تراشه و یا ریه)-کریبتوکوکوزیس خارج ریوی- کریبتوسپوریدیوزیس با اسهال(بیش از یک ماه)-بیماری CMV(درگیری کبد،طحال و غدد لنفاوی)-انسفالوپاتی با منشأ HIV-سندرم ضعف HIV_سارکوم کاپوزی لنفوما-ابتلا گسترده به مایکو باکتریوم های آتیپیک-عفونت قارچی پیشرفته-سل خارج ریوی-پنومونی پنوموسیستیس کارینی- لکوانسفالوپاتی چند کانونی پیشرفته-سپتی سمی سالمونلایی غیر تیفونیدی- توکسوپلاسموزیس در سیستم اعصاب مرکزی)
					سایر نکات مثبت در معاینه بالینی

فرم ۳-مراقبت بالینی HIV/AIDS-صفحه ۳

ادامه قسمت سوم : ارزیابی جهت تعیین مرحله بیماری :

جدول ۲-۳-نتایج آزمایش های دوره ای لازم برای افراد مبتلا به HIV جهت تعیین مرحله بیماری:

				تاریخ	آزمایش
					TLC
					CD4cell count

جدول ۳-۳-تعیین مرحله بیماری و اقدام توصیه شده بر اساس نتایج ارزیابی نهایی ( هر سه ماه یکبار انجام شود )

				تاریخ	نتیجه ارزیابی
<input type="checkbox"/> پاراکلینیک <input type="checkbox"/> بالینی	<input type="checkbox"/> پاراکلینیک <input type="checkbox"/> بالینی	<input type="checkbox"/> پاراکلینیک <input type="checkbox"/> بالینی	<input type="checkbox"/> پاراکلینیک <input type="checkbox"/> بالینی	* مبنای نیاز به درمان /پروویلاکسی	
				پروویلاکسی PCP	اقدام لازم توصیه شده توسط پزشک مبتنی بر نتایج ارزیابی
				پروویلاکسی عفونتهای قارچی	
				درمان ضد رتروویروسی	
				درمان سایر عفونتهای فرصت طلب با ذکر نام	
				نیاز به اقدام خاصی نیست	
				مهر و امضا پزشک	

در صورت توصیه به هر اقدام درمانی یا پروویلاکسی ، کارت درمانی /پروویلاکسی برای بیمار صادر شده و رژیم درمانی در قسمت مربوطه توسط پزشک ثبت و مهمور به مهر وی می گردد.  
به هر دلیل این رژیم درمانی تغییر کند ، و یا نیاز به قطع آن باشد ، تغییرات و علت آن در کارت درمانی / پروویلاکسی توسط پزشک ثبت و مهر و امضا می شود .

\*در صورتی که فرد نیازمند درمان با پروویلاکسی است ، در این ردیف مشخص شود مبنای تشخیص کدام بوده/پاراکلینیک یا بالینی یا هر دو



کد شناسایی : □□/□□/□□□□ □□

فرم ۳-مراقبت بالینی HIV/AIDS -صفحه ۵

قسمت پنجم - ثبت نتایج آزمایش ها

جدول ۱-۵-نتایج سایر آزمایش های دوره ای لازم برای افراد مبتلا به HIV و مبتلایان به ایدز

تاریخ آزمایش											
										CBC - diff	WBC
											RBC
											L.
											MON.
											EOS.
											PLT
											Hct
											Hb
										ESR	
										VDRL	
										Toxo Ab IgG	Toxo.
										Toxo AbIgM	
										Toxo AbTotal	
										CMV IgG	CMV
										CMV IgM	
										CMV Ab Total	
										HCV Ab	
										HBs Ag	HBs
										HBs Ab	
										FBS	
										BUN	
										Cratenin	
										SGOT	
										SGPT	
										ALK ph.	
										رنگ	U/A
										پروتئین	
										WBC	
										RBC	
										CD4	
										VL	
										پاپ اسمیر	
										سایر(ذکر نام ) .....	
										سایر(ذکر نام ) .....	



کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

فرم ۳-مراقبت بالینی HIV/AIDS قسمت هفتم - کارت درمان / پروفیلاکسی

درمان ARV : □ پروفیلاکسی سل : □ پروفیلاکسی PCP : □ پروفیلاکسی عفونت های قارچی □ پروفیلاکسی سایر عفونت های فرصت طلب با ذکر نام : □  
 پروفیلاکسی مادر باردار □ پروفیلاکسی نوزاد □ پروفیلاکسی پس از مواجهه □

31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	ماه دریافت دارو	

روز دریافت دارو از مرکز علامت \* در سلول مربوطه گذاشته شود . بنا به اظهار بیمار روزهایی که دارو را مصرف کرده است سلولهای مربوطه --- گذاشته می شود و در صورتی که بیمار اظهار کند دارو را مصرف نکرده است سلول مربوطه خالی باقی می ماند .

مهر و امضا پزشک	رژیم درمانی	اندیکاسیون شروع درمان / پروفیلاکسی	تاریخ شروع	اولین رژیم درمانی

تغییرات رژیم درمانی	تاریخ شروع / شروع مجدد	رژیم درمانی ( نوع دارو و دز روزانه )	تاریخ قطع /تغییر	علت قطع /تغییر	مهر و امضا پزشک
اول					
دوم					
سوم					
چهارم					

کد شناسایی : □□□□/□□□□/□□□□□□□□□□

فرم ۴- مراقبت زنان و نوزادان - الف خدمات تنظیم خانواده در سال .....

قسمت اول - سوابق در اولین مراجعه

تعداد بارداری	تعداد زایمان	تعداد سقط	تعداد فرزند زنده	تاریخ آخرین زایمان

قسمت دوم - خدمات تنظیم خانواده (ویژه زنان)

جدول ۲- وضعیت روش پیشگیری از بارداری :

تاریخ	نکر روش پیشگیری از بارداری	استفاده همزمان از کاندوم	وضعیت بارداری	نتیجه پاپ اسمیر	توضیحات
فروردین					
اردیبهشت					
خرداد					
تیر					
مرداد					
شهریور					
مهر					
آبان					
آذر					
دی					
بهمن					
اسفند					

کد شناسایی : □□□□/□□□□/□□□□□□□□□□

فرم ۴- مراقبت زنان و نوزادان - ب بارداری

قسمت سوم = ویژه بارداری

جدول ۱-۳- مشخصات کلی بارداری

نتیجه بارداری	نوع زایمان	تاریخ ختم بارداری	سن بارداری در اولین مراجعه	تاریخ اولین مراجعه در زمان بارداری	تاریخ EDC	تاریخ LMP
<input type="checkbox"/> سقط <input type="checkbox"/> مرده زایی <input type="checkbox"/> تولد زنده						

جدول ۲-۳- رژیم درمانی مادر باردار

تاریخ خاتمه / تغییر	رژیم درمانی	تاریخ شروع	زمان
			در زمان بارداری
			حین زایمان
	*		بعد از زایمان

\*بدیهی است در صورتی که زن باردار اندیکاسیون درمان داشته است. پس از بارداری هم درمان ادامه می یابد

جدول ۳-۳- رژیم درمانی نوزاد

تاریخ خاتمه / تغییر	رژیم درمانی	تاریخ شروع	زمان
			ARV
			کوتریموکسازول

\*بدیهی است پس از شروع درمان برای نوزاد نیز کارت درمان پروفیلاکسی صادر می شود و مراحل درمان در آن ثبت می شود.



کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

فرم ۴- مراقبت زنان و نوزادان - ج مراقبت نوزاد متولد از مادر HIV+

جدول ۵-۳- واکسیناسیون نوزاد:

تاریخ دریافت						واکسن
توضیحات	نوبت پنجم	نوبت چهارم	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	
						ب.ا.ژ
						پولیو تزریقی
						پولیو خوراکی

جدول ۴-۳- نتایج آزمایش های نوزاد

تاریخ										آزمایش	
										CBC - diff	WBC
											PLT
											Hct
											Hb
											HIV
											PCR
											P24
											CD4
											سایر (نکر نام) .....
											سایر (نکر نام) .....
											سایر (نکر نام) .....
											سایر (نکر نام) .....

کد شناسایی : □□/□□/□□/□□□□ □□

فرم ۴- مراقبت زنان و نوزادان - تغذیه نوزاد متولد از مادر HIV+

جدول ۳-۶- وضعیت تغذیه و نکات مهم بالینی

نکات مهم بالینی	شیر مصنوعی	شیرمادر	زمان
			۱ ماهگی
			۲ ماهگی
			۳ ماهگی
			۴ ماهگی
			۵ ماهگی
			۶ ماهگی
			۷ ماهگی
			۸ ماهگی
			۹ ماهگی
			۱۰ ماهگی
			۱۱ ماهگی
			۱۲ ماهگی
			۱۳ ماهگی
			۱۴ ماهگی
			۱۵ ماهگی
			۱۶ ماهگی
			۱۸ ماهگی











کد شناسایی : □□□□/□□□□/□□□□/□□□□□□□□□□

فرم ۸- پروفیلاکسی پس از تماس - صفحه ۲

قسمت دوم : ارزیابی منبع مواجهه

۲-۱- منبع مواجهه	
فرد نامشخص	
فرد مشخص	

۲-۲- وضعیت ابتلا منبع		در زمان حادثه (با + / - / نامشخص بیان شود)	آزمایش های درخواستی
نتیجه	تاریخ		
			HIV
			HBSAg
			HCVAb

۲-۲-۱- تعیین مرحله بیماری در منبعی که ابتلا وی به HIV در زمان تماس تأیید شده است:			
بدون علامت / علامت دار خفیف ( بیماری در مرحله ۱ و ۲ )			
	بدون درمان	HIV پیشرفته / ایدز ( بیماری مرحله ۳ و ۴ )	
	تحت کنترل	تحت درمان	
	با شک به مقاومت دارویی		

۲-۲-۲- بررسی عوامل خطر در منبعی که وضعیت ابتلا وی به HIV و یا هپاتیت در زمان تماس نامشخص است :	
	۱- علائم بالینی به نفع ایدز
	۲- علائم بالینی هپاتیت
	۳- سابقه زندان
	۴- همسر/شریک جنسی HBV
	۵- همسر/شریک جنسی HCV
عوامل خطر :	
	۱- مصرف تزریقی مواد
	۲- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس
	۳- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد)
	۵- دریافت خون و فرآورده های خونی
	۶- متولد از مادر مبتلا
	۷- همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد
	۸- همسر فرد مبتلا به HIV
	سایر با ذکر نام .....



کد شناسایی : □ □ □ □ / □ □ □ □ / □ □ □ □ / □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

فرم ۸- پروفیلاکسی پس از تماس - صفحه ۳

قسمت سوم : ارزیابی فرد مواجهه یافته:

۳-۱- در صورت آگاهی قبلی از وضعیت ابتلا با ذکر +/- بیان شود

<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> هپاتیت B	<input type="checkbox"/> هپاتیت C	<input type="checkbox"/> تست سیفلیس
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

پیگیریهای بعدی						آزمایش درخواستی بدو مراجعه		۳-۲- وضعیت ابتلا فرد مواجهه یافته
۲۴ هفته بعد از تماس		۱۲ هفته پس از تماس		۴ تا ۶ هفته بعد از تماس		تاریخ	نتیجه	
تاریخ	نتیجه	تاریخ	نتیجه	تاریخ	نتیجه			تاریخ
								HIV- Elisa
								HIV- PCR
								HBS-Ag
								HBS-Ab
								HCV-Ab
								HCV-RNA
								VDRL/RPR

۳-۳- تعیین وضعیت بارداری زنان مواجهه یافته:

<input type="checkbox"/> نامشخص	<input type="checkbox"/> باردار نیست	<input type="checkbox"/> باردار است
---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

۳-۴- تعیین وضعیت سابقه واکسیناسیون "هپاتیت ب" فرد مواجهه یافته:

<input type="checkbox"/> نگرفته/ناقص/نامعلوم	<input type="checkbox"/> کامل - پاسخ ایمنی مناسب
	<input type="checkbox"/> کامل - پاسخ ایمنی نامناسب
	<input type="checkbox"/> کامل - پاسخ ایمنی نامشخص

پاسخ ایمنی مناسب: سطح HBsAb بالاتر از ۱۰ در آزمایش ۳-۱ ماه بعد از نوبت سوم واکسن یا هر زمان دیگر

پاسخ ایمنی نامناسب: سطح HBsAb کمتر از ۱۰ در آزمایش ۳-۱ ماه بعد از نوبت سوم واکسن

پاسخ ایمنی نامشخص: سطح HBsAb ۳-۱ ماه بعد از آخرین واکسن کنترل نشده و یا پس از این زمان سطح آن کمتر از ۱۰ گزارش شده است.

کد شناسایی : □□□□/□□□□/□□□□/□□□□□□□□□□

فرم ۸- پروفیلاکسی پس از تماس - صفحه ۴

قسمت چهارم : سایر اقدامات انجام شده برای فرد مواجهه یافته :

۴-۱- انجام واکسیناسیون و تلقیح ایمنونوگلوبولین :			
تاریخ دریافت			توضیحات ( ذکر ساعت برای ایمنونو گلوبولین لازم است )
نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	
			واکسن هپاتیت ب
			ایمنونوگلوبولین

۴-۲- پروفیلاکسی داروئی		
تاریخ شروع	رژیم درمانی	تاریخ خاتمه / تغییر

**پروفیلاکسی  
ARV**

\***بدیهی است** در صورت توصیه به هر اقدام درمانی یا پروفیلاکسی ، کارت درمانی /پروفیلاکسی برای فرد صادر شده و رژیم درمانی در قسمت مربوطه توسط پزشک ثبت و مهمور به مهر وی می گردد.  
به هر دلیل این رژیم درمانی تغییر کند ، و یا نیاز به قطع آن باشد ، تغییرات و علت آن در کارت درمان /پروفیلاکسی توسط پزشک ثبت و مهر و امضا می شود.  
لازم است مطابق فرم های مربوط به پیگیری درمان افراد تحت رژیم های ARV آزمایشهای مربوط به پیگیری عوارض داروئی مطابق فرم مربوطه ثبت می گردد.

۴-۳- سایر اقدامات برای فرد مواجهه یافته : ( مانند ارجاع جهت درمان هپاتیت C و... )

.....

.....

.....

بدیهی است اقداماتی مانند مشاوره ، مشاوره خانواده در قالب فرم های استاندارد مشاوره ( فرم شماره ۲ ) برای این فرد انجام و ثبت می گردد.

کد شناسایی : □□□□/□□□□/□□□□/□□□□□□□□□□

فرم ۸- پروفیلاکسی پس از تماس - صفحه ۵

جدول ۱- ۵ فرم ثبت نتایج آزمایش های پیگیری افراد تحت درمان پیشگیری

					تاریخ	آزمایش
					WBC	CBC - diff
					L.	
					MON.	
					EOS.	
					PLT	
					Hct	
					Hb	
					ESR	
					VDRL	
					FBS	
					BUN	
					Creatinine	
					SGOT	
					SGPT	
					ALK ph.	
					سایر(ذکر نام) (.....)	
					سایر(ذکر نام) (.....)	