

فرم ارجاع به سطوح تخصصی در برنامه آسم

تاریخ ارجاع بیمار:

مرکز ارجاع کننده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

علت ارجاع:

خلاصه شرح حال بالینی:

اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده:

مهر و امضاء پزشک معالج

فرم پس خوراند سطوح تخصصی به پزشک خانواده

تاریخ ویزیت پزشک متخصص/فوق تخصص:

(۱) اقدامات پاراکلینیکی انجام گرفته:

• اسپیرومتری:

	Pre bronchodilator	Post bronchodilator	Methacholine challenge test
FEV1			
FVC			
FEV1/FVC			
PEF25-75%			

• تست های تکمیلی:

(۲) تشخیص: ابتلا به آسم مشکوک به آسم تشخیص دیگر:

(۳) اقدام درمانی صورت گرفته: درمان سرپایی بستری

(۴) برنامه درمان در زمان بازگشت به سطح یک:

(۵) تاریخ مراجعه بعدی به: پزشک متخصص/فوق تخصص پزشک خانواده

مهر و امضاء پزشک معالج