

فرم ارجاع جهت توبکتومی

مرکز بهداشتی درمانی

شماره پرونده خانوار.....

پایگاه بهداشتی.....

تاریخ درخواست

خانه بهداشت.....

مراقب سلامت تکمیل کننده فرم

۱- مشخصات مراجعه کننده، جهت انجام توبکتومی:

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:	محل سکونت:
شماره تماس:	نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:	تاریخ زایمان در صورت حاملگی (EDC):	تعداد فرزندان زنده در حال حاضر:
تعداد حاملگی:	تعداد زایمان:	تعداد سقط:	تعداد مرده زایی:
		پسر:	دختر:

۲- نتیجه بررسی، مشاوره و اقدامات انجام شده توسط پزشک در واحد بهداشتی:

مراجعه کننده واجد شرایط توبکتومی: می باشد نمی باشد

مهر و تایید پزشک واحد بهداشتی

اندیکاسیون توبکتومی (طبق دستورالعمل ثبت شود):

۳- لیست مدارک پیوست (مدارک پزشکی دال بر لزوم انجام توبکتومی با توجه به بیماری فرد طبق دستورالعمل):

*در صورت بیماری باید مدارک پزشکی دال بر آن بیماری از قبیل جواب آزمایشات - سی تی اسکن - اکو - MRI - EKG - ... ضمیمه فرم گردد *

.....

.....

۴- نظریه کارشناسی متخصصین مربوطه بر حسب شرایط متقاضی در کمیته نظارت بر اعمال جراحی توبکتومی:

<p>مراجعه کننده واجد شرایط توبکتومی می باشد</p> <p>اندیکاسیون توبکتومی طبق نظریه پزشک متخصص:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>مهر و تایید پزشک متخصص</p>	<p>مراجعه کننده واجد شرایط توبکتومی می باشد <input type="checkbox"/></p> <p>اندیکاسیون توبکتومی طبق نظریه پزشک متخصص:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>مهر و تایید پزشک متخصص</p>
--	---

مراجعه کننده واجد شرایط توبکتومی نمی باشد

.....

.....

.....

مهر و تایید پزشک متخصص

متقاضی طبق نظریه اعضای کمیته واجد شرایط توبکتومی: می باشد نمی باشد