

فرم تشخیص نهایی

پزشک مرورگر اول

(۱) کد شناسایی شرکت کننده در کوهورت:

(۳) نام:

(۴) نام خانوادگی:

(۵) تاریخ تولد: / / ۱۳

(۶) جنس: ۱. زن ☐ ۲. مرد ☐

(۷) وضعیت حیات: (۱) زنده ☐ (۲) فوت شده ☐

(۸) در صورت فوت، تشخیص نهایی علت مرگ:

تاریخ وقوع مرگ:

علت اصلی مرگ: کد ICD-10: تاریخ بروز بیماری/آسیب (علت مرگ):

• مورفولوژی سرطان: کد ICD-O3:

• عامل بیماریزای عفونی: کد ICD-10:

• تظاهر متابولیک بیماری اصلی: کد ICD-10: تاریخ بروز:

☐ مدارک و شواهد کافی جهت تعیین تشخیص نهایی موجود نیست.

توضیحات:

(۹) در صورت حیات، تشخیص نهایی پیامد مطلوب:

نام بیماری: کد ICD-10: تاریخ بروز بیماری (پیامد مطلوب):

• مورفولوژی سرطان: کد ICD-O3:

• عامل بیماریزای عفونی: کد ICD-10:

• تظاهر متابولیک بیماری اصلی: کد ICD-10: تاریخ بروز:

☐ مدارک و شواهد کافی جهت تعیین تشخیص نهایی موجود نیست.

توضیحات:

(۱۰) تشخیص بر مبنای کدام یک از شواهد زیر مشخص شده است:

۱. ☐ شرح حال و معاینه بالینی [تاریخ انجام:/...../.....]

۲. ☐ پرونده بستری [تاریخ مصاحبه:/...../.....]

۳. ☐ اتوپسی شفاهی [تاریخ مصاحبه:/...../.....]

۴. ☐ گواهی فوت [تاریخ صدور:/...../.....]

۵. ☐ تصویربرداری:

۵.۱. رادیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۲. سونوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۳. CT scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۴. MRI [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۵. PET scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۶. بررسی نمونه های بافتی:	☐
۶.۱. پاتولوژی/سیتولوژی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۶.۲. بیوپسی/ برداشتن خال و ضایعات پوستی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۶.۳. اسمیر خون محیطی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۷. قلبی - عروقی:	☐
۹.۱. آنژیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۲. اکوکاردیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۳. تست ورزش [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۴. نوار قلب (ECG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۸. گوارشی:	☐
۱۰.۱. آندوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۲. کولونوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۳. Stenting [محل Stent:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۴. ERCP [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹. ریوی:	☐
۹.۱. برونکوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۲. تست تنفس (اسپیرومتری) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰. عصبی - عضلانی:	☐
۱۰.۱. نوار مغز (EEG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۲. نوار عصب - عضله (EMG-NCV) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱. جراحی:	☐
۱۱.۱. بای پس عروق کرونر (CABG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۱. Stent عروق مغزی یا کرونر [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۲. ترمیم آنوریسم و یا پارگی عروق (آنژیوپلاستی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۳. تعویض دریچه قلبی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۴. کارگذاری شنت مغزی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۵. برداشتن تومور [محل تومور:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۶. پیوند [عضو پیوندی:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۱.۷. قطع اندام [عضو قطع شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐

- ۱۱.۸. جراحی مفاصل (آرتروسکوپی، تعویض مفصل) [مفصل جراحی شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۱.۹. سزارین [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۱.۱۰. سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۱۲. ☐ سایر:
- ۱۲.۱. نمونه مایع مغزی- نخاعی (CSF) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۲. انتقال فراورده های خونی [نوع فراورده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۳. تست پوستی سل (PPD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۴. رادیوتراپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۵. کموتراپی (شیمی درمانی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۶. معاینات چشم پزشکی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۷. سنجش تراکم استخوان (BMD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۸. سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐

.....

نام پزشک مرورگر: تاریخ تکمیل فرم:...../...../..... مهر و امضای پزشک مرورگر:

فرم تشخیص نهایی

پزشک مرورگر دوم

(۱) کد شناسایی شرکت کننده در کوهورت:

(۳) نام:

(۴) نام خانوادگی:

(۵) تاریخ تولد: / / ۱۳

(۶) جنس: ۱. زن ☐ ۲. مرد ☐

(۷) وضعیت حیات: (۱) زنده ☐ (۲) فوت شده ☐

(۸) در صورت فوت، تشخیص نهایی علت مرگ:

تاریخ وقوع مرگ:

علت اصلی مرگ: کد ICD-10: تاریخ بروز بیماری/آسیب (علت مرگ):

• مورفولوژی سرطان: کد ICD-O3:

• عامل بیماریزای عفونی: کد ICD-10:

• تظاهر متابولیک بیماری اصلی: کد ICD-10: تاریخ بروز:

☐ مدارک و شواهد کافی جهت تعیین تشخیص نهایی موجود نیست.

توضیحات:

(۹) در صورت حیات، تشخیص نهایی پیامد مطلوب:

نام بیماری: کد ICD-10: تاریخ بروز بیماری (پیامد مطلوب):

• مورفولوژی سرطان: کد ICD-O3:

• عامل بیماریزای عفونی: کد ICD-10:

• تظاهر متابولیک بیماری اصلی: کد ICD-10: تاریخ بروز:

☐ مدارک و شواهد کافی جهت تعیین تشخیص نهایی موجود نیست.

توضیحات:

(۱۰) تشخیص بر مبنای کدام یک از شواهد زیر مشخص شده است:

۱۲. ☐ شرح حال و معاینه بالینی [تاریخ انجام:/...../.....]

۱۳. ☐ پرونده بستری [تاریخ مصاحبه:/...../.....]

۱۴. ☐ اتوپسی شفاهی [تاریخ مصاحبه:/...../.....]

۱۵. ☐ گواهی فوت [تاریخ صدور:/...../.....]

۱۶. ☐ تصویربرداری:

- ۵.۱. رادیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۵.۲. سونوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۵.۳. CT scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۵.۴. MRI [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۵.۵. PET scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۱۷. بررسی نمونه های بافتی: ☐
- ۶.۱. پاتولوژی/سیتولوژی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۶.۲. بیوپسی/ برداشتن خال و ضایعات پوستی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۶.۳. اسمیر خون محیطی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۱۸. قلبی - عروقی: ☐
- ۹.۱. آنژیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۹.۲. اکوکاردیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۹.۳. تست ورزش [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۹.۴. نوار قلب (ECG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۱۹. گوارشی: ☐
- ۱۰.۱. آندوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۰.۲. کولونوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۰.۳. Stenting [محل Stent:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۰.۴. ERCP [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۲۰. ریوی: ☐
- ۹.۱. برونکوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۹.۲. تست تنفس (اسپیرومتری) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۲۱. عصبی - عضلانی: ☐
- ۱۰.۱. نوار مغز (EEG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۰.۲. نوار عصب - عضله (EMG-NCV) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۲۲. جراحی: ☐
- ۱۱.۲. بای پس عروق کرونر (CABG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۹. Stent عروق مغزی یا کرونر [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۰. ترمیم آنوریسم و یا پارگی عروق (آنژیوپلاستی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۱. تعویض دریچه قلبی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۲. کارگذاری شنت مغزی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۳. برداشتن تومور [محل تومور:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۴. پیوند [عضو پیوندی:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۵. قطع اندام [عضو قطع شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐

- ۱۲.۱۶ جراحی مفاصل (آرتروسکوپی، تعویض مفصل) [مفصل جراحی شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۷ سزارین [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۲.۱۸ سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
۱۳. ☐ سایر:
- ۱۳.۱ نمونه مایع مغزی- نخاعی (CSF) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۲ انتقال فراورده های خونی [نوع فراورده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۳ تست پوستی سل (PPD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۴ رادیوتراپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۵ کموتراپی (شیمی درمانی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۶ معاینات چشم پزشکی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۷ سنجش تراکم استخوان (BMD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐
- ۱۳.۸ سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] ☐

.....

نام پزشک مرورگر: تاریخ تکمیل فرم:...../...../..... مهر و امضای پزشک مرورگر:

فرم تشخیص نهایی

پزشک مرورگر سوم

(۱) کد شناسایی شرکت کننده در کوهورت:

(۳) نام:

(۴) نام خانوادگی:

(۵) تاریخ تولد: / / ۱۳

(۶) جنس: ۱. زن ☐ ۲. مرد ☐

(۷) وضعیت حیات: (۱) زنده ☐ (۲) فوت شده ☐

(۸) در صورت فوت، تشخیص نهایی علت مرگ:

تاریخ وقوع مرگ:

علت اصلی مرگ: کد ICD-10: تاریخ بروز بیماری/آسیب (علت مرگ):

• مورفولوژی سرطان: کد ICD-O3:

• عامل بیماریزای عفونی: کد ICD-10:

• تظاهر متابولیک بیماری اصلی: کد ICD-10: تاریخ بروز:

☐ مدارک و شواهد کافی جهت تعیین تشخیص نهایی موجود نیست.

توضیحات:

(۹) در صورت حیات، تشخیص نهایی پیامد مطلوب:

نام بیماری: کد ICD-10: تاریخ بروز بیماری (پیامد مطلوب):

• مورفولوژی سرطان: کد ICD-O3:

• عامل بیماریزای عفونی: کد ICD-10:

• تظاهر متابولیک بیماری اصلی: کد ICD-10: تاریخ بروز:

☐ مدارک و شواهد کافی جهت تعیین تشخیص نهایی موجود نیست.

توضیحات:

(۱۰) تشخیص بر مبنای کدام یک از شواهد زیر مشخص شده است:

۲۳. ☐ شرح حال و معاینه بالینی [تاریخ انجام:/...../.....]

۲۴. ☐ پرونده بستری [تاریخ مصاحبه:/...../.....]

۲۵. ☐ اتوپسی شفاهی [تاریخ مصاحبه:/...../.....]

۲۶. ☐ گواهی فوت [تاریخ صدور:/...../.....]

۲۷. ☐ تصویربرداری:

۵.۱. رادیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۲. سونوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۳. CT scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۴. MRI [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۵.۵. PET scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۲۸. بررسی نمونه های بافتی: ☐	
۶.۱. پاتولوژی/سیتولوژی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۶.۲. بیوپسی/ برداشتن خال و ضایعات پوستی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۶.۳. اسمیر خون محیطی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۲۹. قلبی - عروقی: ☐	
۹.۱. آنژیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۲. اکوکاردیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۳. تست ورزش [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۴. نوار قلب (ECG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۳۰. گوارشی: ☐	
۱۰.۱. آندوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۲. کولونوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۳. Stenting [محل Stent:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۴. ERCP [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۳۱. ریوی: ☐	
۹.۱. برونکوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۹.۲. تست تنفس (اسپیرومتری) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۳۲. عصبی - عضلانی: ☐	
۱۰.۱. نوار مغز (EEG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۰.۲. نوار عصب - عضله (EMG-NCV) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۳۳. جراحی: ☐	
۱۱.۳. بای پس عروق کرونر (CABG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۹. Stent عروق مغزی یا کرونر [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۱۰. ترمیم آنوریسم و یا پارگی عروق (آنژیوپلاستی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۱۱. تعویض دریچه قلبی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۱۲. کارگذاری شنت مغزی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۱۳. برداشتن تومور [محل تومور:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۱۴. پیوند [عضو پیوندی:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐
۱۳.۱۵. قطع اندام [عضو قطع شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]	☐

- ۱۳.۱۶ ☐ جراحی مفاصل (آرتروسکوپی، تعویض مفصل) [مفصل جراحی شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۳.۱۷ ☐ سزارین [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۳.۱۸ ☐ سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴ ☐ سایر:
- ۱۴.۱ ☐ نمونه مایع مغزی- نخاعی (CSF) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۲ ☐ انتقال فراورده های خونی [نوع فراورده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۳ ☐ تست پوستی سل (PPD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۴ ☐ رادیوتراپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۵ ☐ کموتراپی (شیمی درمانی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۶ ☐ معاینات چشم پزشکی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۷ ☐ سنجش تراکم استخوان (BMD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- ۱۴.۸ ☐ سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]

.....

نام پزشک مرورگر: تاریخ تکمیل فرم:...../...../..... مهر و امضای پزشک مرورگر: