

فرم مرور پیامد (Outcome Review)

(۱) کد شناسایی شرکت کننده در کوهورت:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 نوبت پیگیری:

--	--

(۲) نام:

(۳) نام خانوادگی:

(۴) سن:

--	--

 سال

(۵) جنس: ۱. زن ۲. مرد

(۶) تشخیص اعلام شده از سوی پزشکان:

نوبت بروز بیماری	نام بیماری	کد بیماری (ICD-10)	تاریخ بروز/ تشخیص بیماری

.....: (CC) اصل شکایت (۷)

.....(۸) علائم و نشانه‌ها و سیر بیماری (PI):

.....

.....(۹) سابقہ قبلی بیماری (PMH):

.....(۱۰) سابقہ خانوادگی (FH):

(۱۱) نام پزشک معاینه کننده: تاریخ معاینه:/...../..... مهر و امضای پزشک: