

پرسشنامه آزمایش فلزات سنگین

نام بیمار:	سن:	شغل:
نام پزشک:	ارسالی از:	
فلز مورد درخواست:	مدت زمان مصرف:	
مسمومیت و علائم بالینی: <input type="checkbox"/> ضعف عمومی <input type="checkbox"/> خستگی مداوم <input type="checkbox"/> تحریک پذیری <input type="checkbox"/> نا آرامی <input type="checkbox"/> کم خونی <input type="checkbox"/> اضطراب و توهم <input type="checkbox"/> لرزش و توهم <input type="checkbox"/> قولنج، درد شکم و عضلانی <input type="checkbox"/> گرفتگی و انقباض عضلات <input type="checkbox"/> درد مفصلی و استخوانی		
شرایط زندگی و امکان آلودگی: <input type="checkbox"/> خانه قدیمی با نقاشی کهنه <input type="checkbox"/> کنار بزرگراه و محل پر ترافیک <input type="checkbox"/> تماس با افراد آلوده به سرب		
نوع و شرایط تغذیه: <input type="checkbox"/> آب چاه <input type="checkbox"/> کنسروجات <input type="checkbox"/> تغذیه در ظروف سرامیکی <input type="checkbox"/> خاک خوری و لیسیدن در موارد دیگر (ذکر شود)		
آدرس و تلفن:		

دستورالعمل ثبت فلزات سنگین:

- تاریخ مراجعه، نام بیمار، سن، شغل و نام پزشک بیمار قید شود.
- ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود.
- فلز مورد درخواست جهت آزمایش ذکر شود.
- علائم بالینی بیمار با زدن علامت در مقابل گزینه صحیح مشخص شود.
- گزینه مناسب یا توجه به شرایط زندگی و محیط زندگی بیمار، علامت زده شود.
- گزینه مناسب با توجه به نوع و شرایط تغذیه بیمار، مشخص شود.
- آدرس و تلفن بیمار مشخص شود.