



شبکه آزمایشگاهی رصد

پرسشنامه آزمایش گالاکتومانان

تاریخ:	نام بیمار:	سن:
شماره:		جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>

نوع بیماری زمینه ای:

سرفه خلط تب برونشکتازی درد قفسه سینه خس خس سینه هموپتزی
سایر علائم:

مدت علائم مشکوک به آسپرژیلوس:

کشت	اسمیر	ائوزینوفیلی	تست پرک	CT اسکن ریه
	Specific IgG	Specific IgE	Total IgE	نوع آسپرژیلوس

نوع آسپرژیلوس:

<input type="checkbox"/> Aspergilloma	<input type="checkbox"/> ABPA	<input type="checkbox"/> ABPA-CA	<input type="checkbox"/> ABPA-S
<input type="checkbox"/> Invasive Aspergillus	<input type="checkbox"/> Serum Galactomannan Ag	<input type="checkbox"/> BAL-Galactomannan	

ABPA: Allergic Broncho Pulmonary Aspergillosis, CA: Carcinoma, S: Serologic

Aspergilloma = Mycetoma = Fungus ball

داروی مصرفی: