

پرسشنامه سم شناسی

تاریخ مراجعه:	شماره پذیرش:	نام بیمار:	سن:
شغل:	شماره تلفن همراه:	علت مسمومیت یا بستری شدن:	
آدرس و تلفن:		علت انجام آزمایش:	
سابقه داروهای مصرفی:		زمان و تاریخ مسمومیت:	
زمان و تاریخ بستری شدن:		زمان و تاریخ نمونه گیری:	
نمونه: <input type="checkbox"/> اخذ شده <input type="checkbox"/> ارسالی:		نوع نمونه:	مصرف مشروبات الکلی:
Volatile Toxins <input type="checkbox"/> Ethanol <input type="checkbox"/> Methanol <input type="checkbox"/> Ethylenglycol <input type="checkbox"/> Cyanide <input type="checkbox"/> Phosphide <input type="checkbox"/> Co Hb	Barbiturates <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Cyclobarbital <input type="checkbox"/> Hexabarbital <input type="checkbox"/> Butabarbital <input type="checkbox"/> Secobarbital <input type="checkbox"/> Thiopental	Phenithiazines <input type="checkbox"/> Choropromazine <input type="checkbox"/> Perphenazine <input type="checkbox"/> Promethazine <input type="checkbox"/> Thiethylprazine <input type="checkbox"/> Phentazine <input type="checkbox"/> Thriflouprazine	Hallucinogen <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Phenacyclidine <input type="checkbox"/> Mashroom <input type="checkbox"/> Marijuana
Anti Convulsion <input type="checkbox"/> Phenytoein <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproate <input type="checkbox"/> Gabapantin <input type="checkbox"/> Ethosuximide <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Topomax <input type="checkbox"/> Kepra (levet..m)	Benzodiazepins <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Oxazepam <input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Clonazepam <input type="checkbox"/> Flurazepam <input type="checkbox"/> Nitrazepam <input type="checkbox"/> Chlorodiazepoxide <input type="checkbox"/> Alprazolam <input type="checkbox"/> Clobazam	Stimulants <input type="checkbox"/> Amphetamine <input type="checkbox"/> Methamphetamine <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Ritaline <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Krack <input type="checkbox"/> Cafeine <input type="checkbox"/> Ephedrine <input type="checkbox"/> Crystal	Anti Histamine <input type="checkbox"/> Terfenadine <input type="checkbox"/> Loratadine <input type="checkbox"/> Cytozine <input type="checkbox"/> Clemastine <input type="checkbox"/> Chlorpheniramine <input type="checkbox"/> Cyproheptadine <input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> Hydroxyzine <input type="checkbox"/> Promethazine
Cardiac Drugs <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Propranolol <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/> Triamterene <input type="checkbox"/> Adalat <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Dilitiazem <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Quinidine <input type="checkbox"/> Diprydamole	Narcotic Drugs <input type="checkbox"/> Morphin <input type="checkbox"/> Codeine <input type="checkbox"/> Methadone <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Petidine <input type="checkbox"/> Heroine <input type="checkbox"/> Diphenoxylate <input type="checkbox"/> Nalorphine <input type="checkbox"/> Naltrexone <input type="checkbox"/> Neurojesic <input type="checkbox"/> Temjesic <input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Buprenorphine <input type="checkbox"/> Bupropion	Analgesics <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Acetaminophen <input type="checkbox"/> Baclofen <input type="checkbox"/> Diclofenac <input type="checkbox"/> Brofen <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> Mefenamic acid <input type="checkbox"/> Indomethacin <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> Oxyphenbutazone <input type="checkbox"/> Piroxicam <input type="checkbox"/> Tolmentine <input type="checkbox"/> Jelofen	Anti Depression <input type="checkbox"/> Imipramine <input type="checkbox"/> Amitriptyline <input type="checkbox"/> Nortriptyline <input type="checkbox"/> Maprotyline <input type="checkbox"/> Bupropion <input type="checkbox"/> desipramine <input type="checkbox"/> Clomipramine <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Trimipramine <input type="checkbox"/> Isocarboxazid <input type="checkbox"/> Flavoxamine <input type="checkbox"/> Tranylcypromine <input type="checkbox"/> Moclobemide
Pesticide Toxins <input type="checkbox"/> Phosphorous <input type="checkbox"/> Chlorinated <input type="checkbox"/> Carbamates <input type="checkbox"/> Pyrethroid	Antipsychotic <input type="checkbox"/> Thiothixine <input type="checkbox"/> Pimozide <input type="checkbox"/> Fluvoxamine <input type="checkbox"/> Risperidone <input type="checkbox"/> Haloperidol	Anti Coagulant <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> Heparine <input type="checkbox"/> Comarine <input type="checkbox"/> Dipridamol	Tranquilizers <input type="checkbox"/> Flouxetine <input type="checkbox"/> Buspirone <input type="checkbox"/> Hydroxyzine <input type="checkbox"/> Droperidol <input type="checkbox"/> Thioridazine
Metal Toxins <input type="checkbox"/> Arsenic <input type="checkbox"/> Mercury	Neural Drugs <input type="checkbox"/> Meprabamate <input type="checkbox"/> Metocarbamol	Anti Cholinergic <input type="checkbox"/> Atropin <input type="checkbox"/> Hyosine <input type="checkbox"/> Dicyclomine	Other <input type="checkbox"/> Glibenclamid <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Sulfonyleurea

دستورالعمل ثبت اطلاعات سم شناسی:

- بیوگرافی کامل بیمار را به طور کامل و خوانا بنویسید.
- اگر بیمار دارو مصرف می کند، سابقه دارویی بیمار ذکر شود.
- علت بستری شدن یا مسمومیت به همراه تاریخ آن ذکر شود.
- اگر نمونه از طرف آزمایشگاه های همکار تهیه و ارسال میشود، گزینه ارسالی را علامت بزنید.
- نوع نمونه تهیه شده از بیمار (خون، ادرار، ...) ذکر شود.
- تاریخ نمونه گیری را نیز به صورت روز، ماه، سال قید کنید.
- هر کدام از مواردی را که در نظر دارید در نمونه بیمار بررسی گردد را با زدن علامت مشخص کنید.

مقدار نمونه جهت آزمایش سم شناسی و مواد مخدر:

- ۱- ادرار: ۳۰-۵۰ سی سی
- ۲- خون تام: ۱۰ سی سی
- ۳- سرم یا پلاسما: ۵ سی سی
- ۴- نمونه های غیر بیولوژیک مایع: ۱۵-۱۰ سی سی
- ۵- نمونه های غیر بیولوژیک جامد: ۳-۵ گرم
- ۶- قرص یا کپسول: حداقل یک عدد

شبکه آزمایشگاهی رصد