

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:		دیابت بی مزه DIABETES INSIPIDUS		دفعات بستری: No of Hosp.:	
نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		پزشک معالج: Attending Physician:	
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:	
جنس: Sex:		وضعیت تأهل: Marital status:		شغل: Occupation:	
M <input type="checkbox"/> مذکر F <input type="checkbox"/> مونث		Married <input type="checkbox"/> متاهل single <input type="checkbox"/> مجرد		محل اقامت: Address:	
اولین تظاهر بیماری: First Manifest:		سن شروع بیماری: Age of Onset:		علت مراجعه: Chief Complaint:	
History:					
سابقه:					
دارد		ندارد		دارد	
دارد		ندارد		دارد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه فامیلی دیابت بی مزه		سابقه تروما به مغز		سابقه عمل جراحی بر روی مغز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه بیهوشی با متوکسی فلوران		سابقه هیپرکلسمی		سابقه بیماری کلیوی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه سرطان		سابقه میلوم مالتیپل		سابقه سندرم شوگرن	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه پیلونفریت مزمن		سابقه نارسایی حاد کلیوی		سابقه استفاده از لیتیوم	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه استفاده از دمکولوسایکلین		سابقه هیپوکالمی		سابقه آنمی داسی شکل	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
سابقه بیماریهای سیستمیک		سابقه آمیلوئیدوز		سابقه نفروپاتی انسدادی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Symptoms:					
- علایم:					
خشکی زبان و مخاط		مثانه متسع		تب	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
اختلالات روانی		کلیه های بزرگ در معاینه		علائم کم کاری تیروئید	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
پلی اوری		نوکتوری		شروع به پرئوشی و پرادراری	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
مشکلات روانی و رفتاری		علایم کم کاری آدرنال		کاهش سطح هشیاری	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
اختلالات بینایی		اگزوفتالمی		کوتهای قد	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
هیپوگنادیسم		پلی دیسی		میل به آب یخ	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
دفع ادرار کم رنگ (رقیق)		تشنگی			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
V.S:					
- علایم حیاتی:					
RR:		PR:		T:	
BP خوابیده:		BP ایستاده:			
Laboratory findings:					
- یافته های آزمایشگاهی:					
مقدار		نرمال		مقدار	
نرمال		مقدار		وزن مخصوص ادرار:	
حجم ادرار ۲۴ ساعته:		FBS		نتیجه محرومیت از آب	
مدت تست (ساعت)		Na		حد اکثر اسمولالیت ادرار قبل از تزریق ADH	
K		BUN		اسمولالیت ادرار پس از تزریق ADH	
میزان کاهش وزن در طول تست (Kg)		Cr			

		میزان AVP (ADH) پلاسما:	
		اسمولالیته:	
Radiologic & paraclinical findings:		- یافته های رادیولوژیک و پاراکلینیک:	
		نتیجه رادیوگرافی از سینه:	
		نتیجه سونوگرافی از کلیه ها:	
		نتیجه رادیوگرافی از Sella:	
		نتیجه CT از ناحیه هیپوفیز و هیپوتالاموس:	
		نتیجه MRI از هیپوفیز و هیپوتالاموس:	
Other diseases:		- بیماریهای همراه:	
ندارد	دارد	ندارد	دارد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		گرانولوما	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		هیستوسیتوز	<input type="checkbox"/>
		تومور یا کیست	<input type="checkbox"/>
		قطع شریان با ورید	<input type="checkbox"/>
Treatment:		- درمان انجام شده	
Recommendation after discharge:		- توصیه های درمان پس از ترخیص:	
امضای فلو:		نام و نام خانوادگی انترن:	
امضای استاد:		نام و نام خانوادگی رزیدنت:	