

لاپاراتومی – کانسر آندومتر

- نام و نام خانوادگی فلو: تاریخ:
1. نام و نام خانوادگی: سن:
2. شماره پرونده: گروه خون: شماره تلفن:
3. خلاصه شرح حال بیمار- سونوگرافی- تشخیص:
4. نوع جراحی انجام شده- عارضه حین عمل:
5. شرایط بیمار حین ترخیص و توصیه های ضروری:
6. پیگیری و پاتولوژی بیمار:
7. نظر استاد مربوطه:
8. جراح و کمک جراح:

لاپاراتومی – کانسر سرویکس

- نام و نام خانوادگی فلو: تاریخ:
- نام و نام خانوادگی: سن:
- شماره پرونده: گروه خون: شماره تلفن:

1- خلاصه شرح حال بیمار- سونوگرافي- تشخيص :

2- نوع جراحي انجام شده- عارضه حين عمل :

3- شرايط بیمار حين ترخيص و توصيه هاي ضروري :

4- پيگيري و پاتولوژي بیمار :

5- نظر استاد مربوطه :

6- جراح و کمک جراح :

### لاپاراتومی کانسر تخمدان

نام و نام خانوادگی فلو: تاریخ :

نام و نام خانوادگی بیمار : سن :

شماره پرونده : گروه خون : شماره تلفن

:

1- خلاصه شرح حال بیمار- سونوگرافي- تشخيص :

2- نوع جراحي انجام شده- عارضه حين عمل :

3- شرايط بیمار حين ترخيص و توصيه هاي ضروري :

4-پيگيري و پاتولوژي بيمار :

5-نظر استاد مربوطه :

6-جراح و كمك جراح :

### لاپاراتومي تخليه لگن

نام و نام خانوادگی فلو:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی بيمار :

سن :

شماره پرونده :

گروه خون :

شماره تلفن :

1-خلاصه شرح حال بيمار- سونوگرافي- تشخيص :

2-نوع جراحي انجام شده- عارضه حين عمل :

3-شرایط بيمار حين ترخيص و توصيه هاي ضروري :

4-پيگيري و پاتولوژي بيمار :

5-نظر استاد مربوطه :

6-جراح و كمك جراح :

## عمل جراحی کانسر ولو

نام و نام خانوادگی فلو: تاریخ :  
 نام و نام خانوادگی بیمار : سن :  
 شماره پرونده : گروه خون : شماره تلفن :

1- خلاصه شرح حال بیمار- سونوگرافی- تشخیص :

2- نوع جراحی انجام شده- عارضه حین عمل :

3- شرایط بیمار حین ترخیص و توصیه های ضروری :

4- پیگیری و پاتولوژی بیمار :

5- نظر استاد مربوطه :

6- جراح و کمک جراح :

## عمل جراحی کانسر واژن

نام و نام خانوادگی فلو: تاریخ :  
 نام و نام خانوادگی بیمار : سن :  
 شماره پرونده : گروه خون : شماره تلفن :

:

1- خلاصه شرح حال بیمار- سونوگرافی- تشخیص :

2- نوع جراحی انجام شده- عارضه حین عمل :

3- شرایط بیمار حین ترخیص و توصیه های ضروری :

4- پیگیری و پاتولوژی بیمار :

5- نظر استاد مربوطه :

6- جراح و کمک جراح :

### کونیزاسیون

- |                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| نام و نام خانوادگی فلو:               | تاریخ :        |
| تاریخ عمل :                           | شماره پرونده : |
| نام و نام خانوادگی :                  | سن :           |
| گزارش کولپوسکوپی قبلی بیمار :         | تلفن :         |
| پاتولوژی قبلی بیمار :                 |                |
| علت کونیزاسیون :                      |                |
| نوع کونیزاسیون                        | Knife          |
|                                       | Leep           |
| عارضه حین عمل – میزان خونریزی حین عمل |                |
| زمان انجام کونیزاسیون                 | Follicular     |

## Luteal

پاتولوژی نمونه کونیزاسیون :

توصیه بعد از عمل  
 جراحی محدود

نظر استاد مربوطه :

جراح و کمک جراح :

## MOL HYDIATIFORM

تاریخ :

نام و نام خانوادگی فلو :  
 تاریخ عمل :

شماره پرونده :

سن :

نام و نام خانوادگی :

تلفن :

گروه خون :

G/P/Ab :

LMP :

CC :

معاینه واژینال :

سونوگرافی :

C.X.Y :

βhCG قبل از کورتاژ یا تیتراژ :

روش کورتاژ :

عوارض :

پاتولوژی :

βhCG هفتگی تا منفی شدن βhCG :

نظر استاد مربوطه :

⊙ جراح و کمک جراح :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی فلو:

IN THE NAME OF CURATIVE  
THEHRAN UNIVERCITY OF MEDICAL SCIENCES  
SHARIATI HOSPITAL

COLPOSCOPY FILE

First Name:	Date :	Refer Physiciane:
Last Name :	Age :	Refer Cause :

1. Age of marriage :	2. Multi partner :
3. Age of menarch :	4. Age of first pregnancy:
5. Crayo	6. Couter :
7. Cigrate :	
8. Contraception :	OCP TL IUD WD Condom Vasectomy etc

PAPSMEAR DATE

1. Normal	2. Unsatisfactory	3. ASC-H _ AS-CUS	4. AGC endocervical endometrial
5. Lgsil	6. Hgsil	7. Carsinoma	8. Etc

COLOPOSCOPY

1. Satisfactory:	PUN	WE	Mosaism	Leukoplakia
Sch	AA	Ectropion	Ete	

2. Unsatisfactory :

BIOPSY

1. Cervicitis	2. Condiloma	3. CIN-1	4. CIN-2
5. >CIN-3	6. CIS	7. Invasive	8. Etc

Recommendation

جدول ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت های علمی

ردیف	نوع فعالیت	نوع شرکت	مکان برگزاری	تاریخ	عنوان فعالیت	تأیید گروه

درمانگاه انکولوژی زنان (روزانه)

نام و نام خانوادگی فلو:

تاریخ:

استاد درمانگاه:

تعداد بیماران ویزیت شده (شرح حال و تشخیص بیماری) : (مواد نادر و قابل گزارش پشت صفحه نوشته شود)

نام و نام خانوادگی بیمار	شرح حال	تشخیص	اقدامات پیشنهادی
-1			



--	--	--	--

تعداد کولپوسکوپی انجام شده (اندیکاسیون)

تعداد بیماران بستری شده از درمانگاه با تشخیص :

-1

-2

-3

#### اعمال درمانگاهی

کولپوسکوپی

بیوپسی سرویکس

بیوپسی آندومتر

پولیپکتومی

کوتر و کرایو

درمانگاه تومور برد زنان (سه شنبه ها)

تاریخ :

نام و نام خانوادگی فلو :  
استاد درمانگاه :

تعداد بیماران معرفی شده

اقدامات پیشنهادی و درمانی	تشخیص	شرح حال	نام و نام خانوادگی بیمار
---------------------------	-------	---------	--------------------------

			-1
--	--	--	----