

# دستور العمل اجرایی

ویژه مسئولین ثبت، پزشکان و متخصصین و کارشناس هدایت و ارجاع بیماران

عنوان برنامه

راه اندازی نظام ثبت کیفی عود و عوارض بیماری بروسلوز در استان همدان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

مرکز تحقیقات بروسلوز

سال ۱۳۹۴



مرکز تحقیقات بروسلوز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

معاونت تحقیقات و فناوری

## مقدمه

استان همدان با میزان بروز تب مالت ۸۱/۴ در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۹۲ (سه برابر میزان بروز کشوری) روند صعودی را در ابتلای تب مالت داشته است .

تظاهرات بالینی در بروسلوز طیف وسیعی دارد از عفونت بدون علامت تا فرم‌های حاد، تحت حاد ، مزمن و عارضه دار از جمله اسپوندیلیت، نوروبروسلوزیس، اپیدیموارکیت، اندوکاردیت ، هیپاتیت، آرتریت و همچنین عود های مکرر بیماری را شامل می شود.

شایعترین عارضه بیماری بروسلوز عوارض استئوآرتیکلار می باشد که در نیمی از بیماران دیده می شود و عوارضی مثل درگیری سیستم عصبی مرکزی در ۱۰٪ موارد، درگیری دستگاه ادرای تناسلی در ۵ تا ۱۰٪ بیماران ، درگیری قلبی عروقی در ۱٪ مواردولی مورتالیتی در ۱۳٪ موارد علی رغم درمان گزارش شده است و هیپاتیت بروسلائی در ۳٪ بیماران، درگیری دستگاه تنفسی در ۱٪ بیماران و اسهال در ۳ تا ۶٪ در موارد مشاهده می شود. عود بیماری تا شش ماه بعد از پایان درمان اولیه در ۵٪ تا ۱۵٪ از موارد مشاهده می شود.

از آنجائیکه بیماری بروسلوز می تواند مزمن شود و عود در آن اتفاق می افتد لذا همانند سایر بیماری های مزمن مانند سرطان نیازمند ثبت می باشد علاوه بر این انگیزه اصلی از پیشنهاد این نظام ثبت، فراهم نمودن بستر انجام سایر مطالعات برای پاسخ به شکاف دانش موجود در زمینه پیش آگهی عوارض و عود این بیماری می باشد.

نظام راه اندازی ثبت کیفی عود و عوارض بروسلوز در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان به همت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع و مرکز تحقیقات بروسلوز همدان در سال ۱۳۹۴ طی تفاهم نامه ای (با شماره ۷۰۰/۷۹۵ در تاریخ ۱۳۹۴/۶/۱۷) با هدف تعیین فراوانی ابتلا به عود و عارضه بروسلوز طراحی و اجرا خواهد شد.

فرآیند اجرای طرح در این دستورالعمل به شرح زیر می باشد.

## وظایف مسئول اصلی ثبت و کمیته راهبردی

- ۱: تشکیل جلسه با معاون بهداشتی استان، روسای شبکه های بهداشتی درمانی و کارشناسان بروسلوز استان و شهرستانها جهت توجیه و هماهنگی
- ۲: تشکیل جلسه با متخصصین عفونی جهت توجیه و هماهنگی
- ۳: تشکیل جلسه با مدیریت فناوری اطلاعات و ارتباطات جهت توجیه پیش زمینه های لازم برای ثبت، ورود داده ها و استخراج داده ها و توانایی اتصال نرم افزار به سیستم سپاس
- ۴: امضای تفاهم نامه و پیگیری مفاد آن
- ۵: نظارت بر روند ثبت
- ۶: مقایسه موارد ثبت شده در نرم افزار و بیماران بستری شده به علت عود یا عارضه تب مالت در بیمارستانهای استان
- ۷: استخراج امار توصیفی به صورت ماهیانه
- ۸: تهیه گزارش نهایی و انتشار نتایج

## فرآیند اجرای ثبت

مبتلایان به عود و یا عوارض بروسلوز که توسط پزشکان مراکز بهداشتی درمانی استان (شهری یا روستایی)، مطب های خصوصی (پزشکان عمومی و متخصصین) و بیمارستانهای استان همدان (بیماران بستری یا سرپایی) از ۱۳۹۴/۷/۱ تا تاریخ ۱۳۹۵/۶/۳۱ تشخیص داده شده اند با فرم ارجاع شماره ۱ به متخصصین عفونی در کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام خمینی و یا درمانگاه عفونی بیمارستان فرشچیان جهت تشخیص نهایی و بررسی مدارک ارجاع شده و پس از تأیید تشخیص بیماری بروسلوز عارضه دار و یا عود و داشتن معیارهای ورود، پرسشنامه ثبت برای بیمار تکمیل می شود و پرسشنامه ها به کارشناس هدایت و اجرای ثبت مستقر در مرکز تحقیقات بروسلوز تحویل داده خواهد شد تا داده ها توسط کارشناس وارد نرم افزار ثبت عود و عوارض بروسلوز شود. تکرار بیماری در صورتی که مجدداً معیارهای عود یا عارضه را داشته باشد به عنوان مورد جدید در نرم افزار ثبت خواهد شد.

## وظایف پزشکان

پزشکان (عمومی یا متخصصین) شاغل در مراکز دولتی یا خصوصی در صورت تشخیص موارد ابتلا به عود یا عارضه بروسلوز ضمن توجیه بیمار با تکمیل فرم شماره ۱: ارجاع بیماران دارای عود و عوارض تب مالت (پیوست شماره ۱) بیمار را به مراکز تخصصی (صبح ها: درمانگاه عفونی بیمارستان فرشچیان و بعد از ظهرها کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام خمینی (ره)) ارجاع می دهند.

بهبتر است تشخیص بیماری (عود یا عارضه تب مالت)، مشخصات بیمار و تاریخ ارجاع در دفتر ثبت بیماران (در صورت وجود) ثبت گردد.

## وظایف متخصصین

پزشکان متخصص ضمن تأیید تشخیص با استفاده از بررسی مدارک و توجیه بیمار، پس از اخذ رضایت نامه کتبی (پیوست شماره ۲) صورت تمایل بیمار پرسشنامه ثبت عود و عارضه بروسلوز را تکمیل خواهد نمود. پزشک متخصص باید در اولین فرصت پرسشنامه را به کارشناس ثبت و هدایت بیماران تحویل دهد.

پرسشنامه فرم ثبت در ادامه آورده شده (پیوست شماره ۳). شایان ذکر است با توجه به گروههای مخاطب پرسشنامه راهنمایی لازم در ذیل سوالات پرسشنامه درج گردیده است.

متخصصین بیماران را هر سه ماه یکبار (به صورت فعال) پیگیری نموده و نتایج پیگیری را ثبت می نمایند.

در صورت عدم مراجعه بیمار پیگیری به صورت فعال با تماس تلفنی (۲ بار)، و در صورت عدم مراجعه با ارسال فراخوان به خانه بهداشت مربوطه یا مرکز بهداشتی درمانی اقدام خواهد شد.

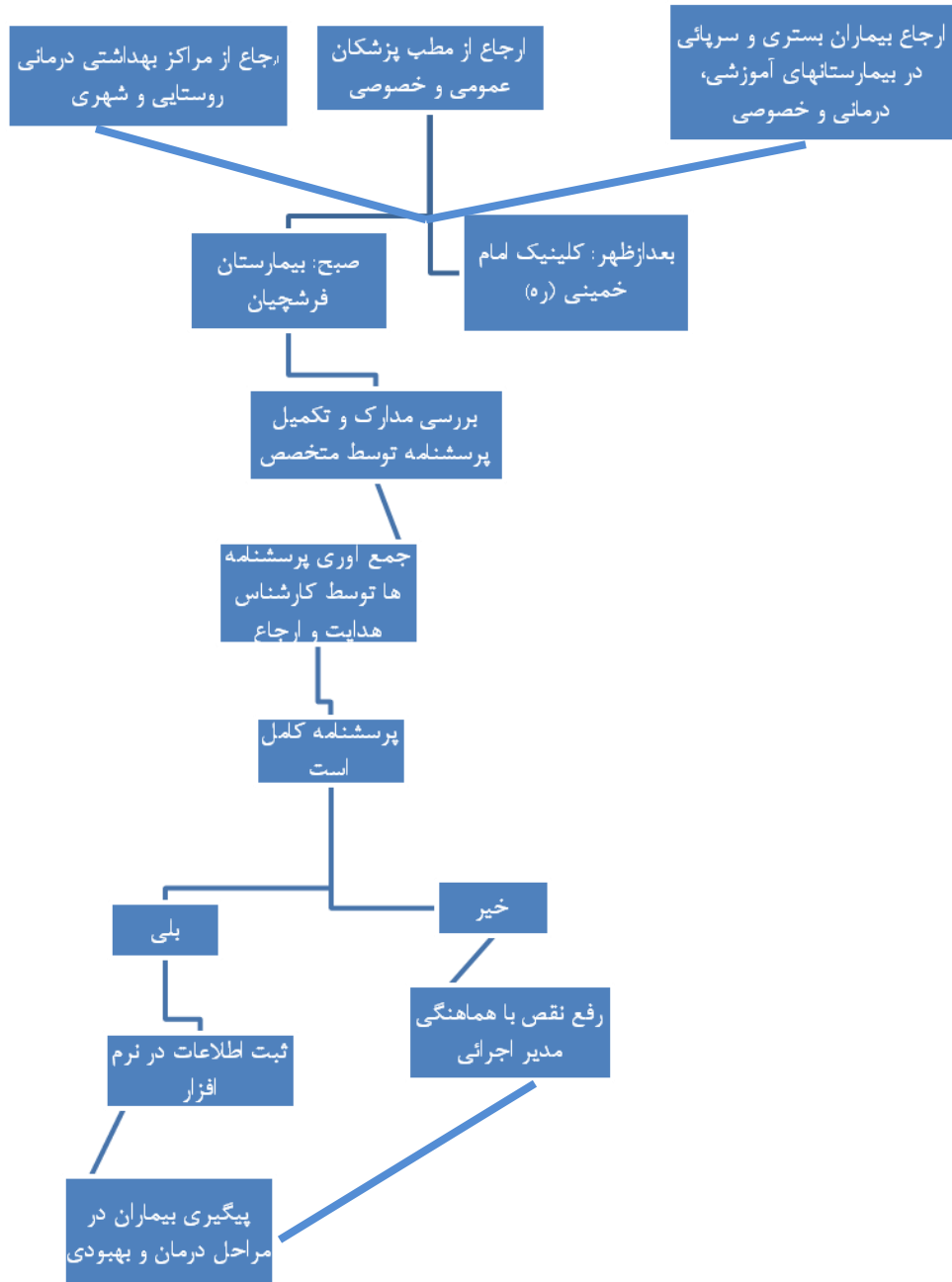
در صورت عدم مراجعه بیمار از او در خصوص مراجعات اخیر به پزشک سوال خواهد شد و در صورتی که منابع معتبر برای پاسخ به سوالات پیگیری فراهم گردد با رضایت بیمار از همان داده ها (ی معتبر) استفاده خواهد شد.

## وظایف کارشناس ارجاع و هدایت بیماران

کارشناس ارجاع و هدایت بیماران موظف است هر هفته پرسشنامه های تکمیل شده را از متخصصین شاغل در کلینیک یا بخش عفونی بیمارستان تحویل گرفته و پرسشنامه را در حضور متخصص جهت اطمینان از کامل بودن بازبینی چشمی می نماید. در صورتی که موارد نقصی در پرسشنامه وجود داشت، با هماهنگی مدیر اجرایی ثبت اقدام مقتضی برای رفع موارد نقص انجام می گیرد.

کارشناس هدایت و ارجاع بیماران پس از ثبت کدهای سوالات پرسشنامه، با اطمینان از تکراری نبودن و تأیید مدیر اجرایی ثبت مرکز تحقیقات بروسلوز داده های پرسشنامه را در نرم افزار ثبت می نماید.

## فلوچارت گردش کار در نظام ثبت عود و عوارض بروسلوز



## تضمین کیفیت:

۱: برگزاری جلسه با شرکت سایر متخصصین جهت ارزیابی پرسشنامه و اطمینان از روایی آن

۲: آموزش کارشناس هدایت و اجرای ثبت

## کنترل کیفیت:

۱: نظارت بر نحوه ثبت با انتخاب تصادفی پرسشنامه های ثبت شده

۲: نظارت بر تشخیص، رعایت معیارهای ورود و خروج از مطالعه، رعایت تعاریف با انتخاب تصادفی پرسشنامه ها

۳: بازبینی چشمی پرسشنامه ها توسط کارشناس

۴: گزارش گیری ماهیانه از فراوانی، دامنه داده ها و رفع موارد اشکال آنها

۵: تشخیص مستقل دو متخصص در مورد یک نوع بیماری در بیماران انتخاب شده به صورت تصادفی

## ملاحظات اخلاقی

ورود به این مطالعه به صورت داوطلبانه خواهد بود و قبل از ثبت بیماری به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، نحوه انجام طرح، هدف از انجام طرح، داوطلبانه بودن، عدم تداخل روند ثبت با روند درمان بیماری و مقاطع زمانی پیگیری به بیماران توضیح داده خواهد شد. از بیماران در ابتدا رضایت نامه کتبی گرفته خواهد شد.

پیوست شماره ۱:



فرم شماره ۱: ارجاع بیماران دارای عود و عوارض تب مالت

برنامه ثبت عود و عوارض بیماری بروسلوز در استان همدان

جناب آقای/سرکار خانم دکتر .....

با سلام و احترام

بدینوسیله آقای / خانم..... به علت

۱: عود  ابتلا ی چندم .....۲: عارضه تب مالت  ( با ذکر نوع عارضه) .....

با مدارک ضمیمه شده به شرح زیر

۱: جواب آزمایشات سرولوژی ۲: جواب رادیو گرافی ۳: جواب اسکن استخوان ۳: جواب سی تی اسکن ۴: جواب MRI 

جهت هر گونه اقدام مقتضی ارجاع می گردد.

آدرس مراجعه: **صبح ها**(همه روزه بجز پنج شنبه ها و روز های تعطیل): همدان، خیابان میرزاده عشقی، بیمارستان فرشچیان، درمانگاه عفونی

**بعد از ظهرها** (بجز جمعه ها و روزهای تعطیل): همدان، میدان شریعتی، خیابان میرزاده عشقی، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام خمینی (ره)

مهر و امضاء پزشک ارجاع دهنده: .....

**پیوست شماره ۲:****رضایت نامه**

اینجانب.....بدینوسیله موافقت می نمایم به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش ثبت عود و عوارض تب مالت که فی مابین مرکز تحقیقات بروسلوز همدان و معاونت تحقیقات فناوری وزارت بهداشت می باشد، شرکت کنم. به اینجانب توضیح داده شده است که مدارک مرتبط با بیماری من مورد بررسی قرار خواهد گرفت سوالات لازم از من پرسیده خواهد شد و معاینات لازم انجام خواهد شد و ممکن است برای من فایده ای نداشته باشد. شرکت من در این مطالعه به صورت داوطلبانه بوده و اطلاعات هویتی من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت کلی و بدون نام منتشر شده و شرکت من در این مطالعه هیچ گونه تداخلی با روند درمانی من ندارد.

شرکت داوطلبانه من در این مطالعه اجباری برای ادامه آن نمی باشد و من هر لحظه که مایل باشم می توانم از شرکت در مطالعه انصراف دهم.

لذا من موافقت خود را با انجام این تحقیق اعلام می کنم ، با ذکر این مطلب که این موافقت مانع از اقدامات قانونی در مقابل دانشگاه ، بیمارستان ، پژوهشگر ، و کارمندان در صورتی که عمل خلاف یا روش غیر انسانی انجام شود ، نخواهد بود .

امضاء: .....

نام و نام خانوادگی:.....

آدرس و شماره تلفن:.....

آدرس و شماره تلفن فردی که در موارد اضطراری باید مطلع باشد.



پیوست شماره ۳:

## پرسشنامه برنامه ثبت کیفی عود و عوارض بیماری بروسلوز در استان همدان

کد پرسشنامه: ..... نام و نام خانوادگی بیمار: ..... کد ملی: ..... تاریخ مراجعه: ...../...../..... ۱۳

آدرس: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....

سرپایی  بستری  شماره پرونده (بستری): ..... (۱) عود  (۲) عارضه  (۳) عود و عارضه 

نام و نام خانوادگی پزشک متخصص: .....

ردیف	سوال	پاسخ	کد پاسخ در این ستون چیزی نوشته نشود
۱	سن (سال):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سال
۲	جنسیت (اگر کد ۲ مثبت است سوال ۳ پرسیده شود)	(۱) مذکر <input type="checkbox"/> (۲) مؤنث <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	در حال حاضر باردار هستید؟	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	ساکن	(۱) شهر <input type="checkbox"/> (۲) روستا <input type="checkbox"/> (۳) عشایر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	محل سکونت بر حسب شهرستان	(۱) همدان <input type="checkbox"/> (۲) اسدآباد <input type="checkbox"/> (۳) بهار <input type="checkbox"/> (۴) تویسرکان <input type="checkbox"/> (۵) رزن <input type="checkbox"/> (۶) کبودرآهنگ <input type="checkbox"/> (۷) نهاوند <input type="checkbox"/> (۸) ملایر <input type="checkbox"/> (۹) فامنین <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	شغل:	(۱) کشاورز <input type="checkbox"/> (۲) دامدار <input type="checkbox"/> (۳) قصاب <input type="checkbox"/> (۴) کارگر کشتارگاه <input type="checkbox"/> (۵) واکسیناتور دام یا دامپزشک <input type="checkbox"/> (۶) خانه دار <input type="checkbox"/> (۷) سایر: .....	<input type="checkbox"/>
۷	آیا سابقه ابتلا به بروسلوز دارید؟ (اگر بلی سوال شماره ۸ و ۹ پاسخ دهید)	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱۳.../.../...	۱۳.../.../...	تاریخ ابتلا	۸
<input type="checkbox"/>	۱(یکبار) <input type="checkbox"/> ۲(دو بار) <input type="checkbox"/> ۳(سه بار) <input type="checkbox"/> ۴(بیشتر از سه بار) <input type="checkbox"/>	دفعات ابتلا	۹
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر تحت درمان بروسلوز می باشید؟	۱۰
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/> ← سوال ۱۲ در صورت بلی به کدامیک از روشهای زیر:  ۱(نگهداری دام در محل سکونت) <input type="checkbox"/> ۲(تماس با ترشحات دام پس از زایمان) <input type="checkbox"/> ۳(تماس با جنین دام سقط شده) <input type="checkbox"/> ۴(تماس با دام زنده) <input type="checkbox"/> ۵(ذبح دام) <input type="checkbox"/> ۶(تماس با لاشه و ترشحات پس از ذبح دام) <input type="checkbox"/> ۷(تماس با گوشت و اعضای بدن دام) <input type="checkbox"/> ۸(تمیز کردن محل نگهداری دام) <input type="checkbox"/> ۹(جابجا نمودن بافت دام) <input type="checkbox"/> ۱۰(تماس موقت در جریان مسافرت) <input type="checkbox"/>	تماس با دام	۱۱
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	۱(سرشیر) <input type="checkbox"/> ۲(شیر) <input type="checkbox"/> ۳(پنیر محلی) <input type="checkbox"/> ۴(کره) <input type="checkbox"/> ۵(خامه) <input type="checkbox"/> ۶(کشک) <input type="checkbox"/> ۷(بستنی سنتی) <input type="checkbox"/> ۸(آغوز) <input type="checkbox"/>	سابقه مصرف لبنیات محلی	۱۲
<b>سوالات مرتبط با علائم بالینی</b>			
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	تب	۱۳
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	لرز	۱۴
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	ضعف	۱۵
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	خستگی	۱۶
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	تعریق	۱۷
<input type="checkbox"/>	۱(بلی) <input type="checkbox"/> ۲(خیر) <input type="checkbox"/>	اختلالات خواب	۱۸

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	کاهش وزن	۱۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	بی‌اشتهایی	۲۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	سر درد	۲۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	درد عمومی بدن	۲۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	درد کمر	۲۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	درد پشت	۲۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	درد مفاصل	۲۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	درد شکم	۲۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	درد بیضه (آقایان)	۲۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	یبوست	۲۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	اسهال	۲۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	سرفه	۳۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	اختلالات رفتاری	۳۱

### سوالات مرتبط با نشانه های بالینی

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	تب (راهنما: در صورتی که فرد تب ندارد به سوال ۳۳ بروید)	۳۲
<input type="checkbox"/>	.....	دمای بدن	۳۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	تورم مفصل ( در صورت بلی به سوال ۴۳ پاسخ داده شود)	۳۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	اسپلنومگالی	۳۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	تندرس مهره ها	۳۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	ارکیت	۳۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	راش	۳۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	لنفادنوپاتی	۳۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	هیپاتومگالی	۴۰

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	سفتی گردن	۴۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بلی (۱) <input type="checkbox"/> خیر (۲)	سوفل قلبی	۴۲
ماه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ، هفته <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ، روز <input type="checkbox"/>	...ماه و ...هفته و ...روز	مدت زمان شروع علائم	۴۳

## سوالات مرتبط با عوارض بیماری بروسوز

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زانو راست (۱) <input type="checkbox"/> زانو چپ (۲) <input type="checkbox"/> هیپ راست (۳) <input type="checkbox"/> هیپ چپ (۴) <input type="checkbox"/> شانه راست (۵) <input type="checkbox"/> شانه چپ (۶) <input type="checkbox"/> مچ دست راست (۷) <input type="checkbox"/> مچ دست چپ (۸) <input type="checkbox"/> مچ پای راست (۹) <input type="checkbox"/> مچ پای چپ (۱۰)	آرتريت(مفاصل درگیر)	۴۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (۱) یک طرفه راست <input type="checkbox"/> (۲) یک طرفه چپ (۳) دو طرفه	ساکروایلیت	۴۵
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(۱-۴۵) گردنی: C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> (۲-۴۵) پشتی T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T7 <input type="checkbox"/> T8 <input type="checkbox"/> T9 <input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> T11 <input type="checkbox"/> T12 <input type="checkbox"/> (۳-۴۵) کمری L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> (۴-۴۵) خاجی S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/>	اسپوندیلیت (درگیری ستون فقرات)	۴۶
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> میترال (۱) <input type="checkbox"/> آنورت (۲) <input type="checkbox"/> تریکوسپید (۳) <input type="checkbox"/> پولمونر (۴)	اندوکاردیت(دریچه درگیر)	۴۷

<input type="checkbox"/>	(۱) یک طرفه راست <input type="checkbox"/> (۲) یک طرفه چپ <input type="checkbox"/> (۳) دو طرفه <input type="checkbox"/>	اپیدیدیموارکیت	۴۸
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	نوروبروسولوز	۴۹
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	پنومونی	۵۰
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	پیلونفریت	۵۱
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	آبسه های شکمی (کبد، طحال)	۵۲
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	درگیری چشمی	۵۳
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	سایکوز حاد	۵۴
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	بروسولوز مزمن	۵۵
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	سقط در خانم باردار	۵۶
<input type="checkbox"/>	(۱) بلی <input type="checkbox"/> (۲) خیر <input type="checkbox"/>	ترومبوز عروق مغزی یا محیطی	۵۷

## علائم آزمایشگاهی و پاراکلینیک

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(۱) زانو راست <input type="checkbox"/> (۲) زانو چپ <input type="checkbox"/> (۳) هیپ راست <input type="checkbox"/> (۴) هیپ چپ <input type="checkbox"/> (۵) شانه راست <input type="checkbox"/> (۶) شانه چپ <input type="checkbox"/> (۷) مچ دست راست <input type="checkbox"/> (۸) مچ دست چپ چپ <input type="checkbox"/> (۹) مچ پای راست <input type="checkbox"/> (۱۰) مچ پای چپ <input type="checkbox"/> (۱۱) ساکروایللیاک سمت راست <input type="checkbox"/> (۱۲) ساکروایللیاک سمت چپ <input type="checkbox"/> برای پاسخ سوالات ۱۳ تا ۱۶ شماره مهره های درگیر قید شود:  (۱۳) گردنی:  C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/>  (۱۴) پشتی:  T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T7 <input type="checkbox"/> T8 <input type="checkbox"/>	اسکن استخوان با تکنزیوم ۹۹ ( محل های افزایش جذب)	۵۸
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>T9 <input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> T11 <input type="checkbox"/> T12 <input type="checkbox"/></p> <p>(۱۵) کمری:</p> <p>L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/></p> <p>(۱۶) حاجی:</p> <p>S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/></p>		<p>ادامه ۵۸</p>
<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>(۱) گردنی:</p> <p>C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/></p> <p>(۲) پشتی:</p> <p>T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T7 <input type="checkbox"/> T8 <input type="checkbox"/> T9 <input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> T11 <input type="checkbox"/> T12 <input type="checkbox"/></p> <p>(۳) کمری:</p> <p>L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/></p> <p>(۴) حاجی:</p> <p>S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/></p> <p>(۵) آبسه پاراورتبرال <input type="checkbox"/></p>	<p>ستون فقرات ( محل درگیری) MRI</p>	<p>۵۹</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>(۱) اپیدیدیمیت <input type="checkbox"/> (۲) اپیدیدیموارکیت <input type="checkbox"/> (۳) ارکیت <input type="checkbox"/></p>	<p>سونوگرافی بیضه ها</p>	<p>۶۰</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>(۱) آبسه طحال <input type="checkbox"/> (۲) آبسه کبدی <input type="checkbox"/> (۳) آبسه سایر ارگانها <input type="checkbox"/></p>	<p>سونوگرافی کامل شکم</p>	<p>۶۱</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>(۱) ۱/۲۰ <input type="checkbox"/> (۲) ۱/۴۰ <input type="checkbox"/> (۳) ۱/۸۰ <input type="checkbox"/> (۴) ۱/۱۶۰ <input type="checkbox"/> (۵) ۱/۳۲۰ <input type="checkbox"/> (۶) ۱/۶۴۰ <input type="checkbox"/> (۷) ۱/۱۲۸۰ <input type="checkbox"/> (۸) <math>\geq 1/2560</math> <input type="checkbox"/></p>	<p>رایت</p>	<p>۶۲</p>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱/۲۰ (۱) <input type="checkbox"/> ۱/۴۰ (۲) <input type="checkbox"/> ۱/۸۰ (۳) <input type="checkbox"/> ۱/۱۶۰ (۴) <input type="checkbox"/> ۱/۳۲۰ (۵) <input type="checkbox"/> ۱/۶۴۰ (۶) <input type="checkbox"/> ۱/۱۲۸۰ (۷) <input type="checkbox"/> $\geq 1/2560$ (۸)	۲ مرکاپتواتانول	۶۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱/۲۰ (۱) <input type="checkbox"/> ۱/۴۰ (۲) <input type="checkbox"/> ۱/۸۰ (۳) <input type="checkbox"/> ۱/۱۶۰ (۴) <input type="checkbox"/> ۱/۳۲۰ (۵) <input type="checkbox"/> ۱/۶۴۰ (۶) <input type="checkbox"/> ۱/۱۲۸۰ (۷) <input type="checkbox"/> $\geq 1/2560$ (۸)	کومبس رایت	۶۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منفی ( <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱) مثبت	کشت خون ( از نظر بروسلا)	۶۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منفی ( <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۱) مثبت	کشت آسپیراسیون مغز استخوان ( از نظر بروسلا)	۶۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰ (۱) <input type="checkbox"/> ۲۰-۵۰ (۲) <input type="checkbox"/> ۵۱-۱۰۰ (۳) <input type="checkbox"/> بیشتر از ۱۰۰ (۴)	ESR( mm/h)	۶۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> منفی (۲) <input type="checkbox"/> مثبت (۱)	CRP	۶۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کمتر از ۴۰۰۰ (۱) <input type="checkbox"/> ۴۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ (۲) <input type="checkbox"/> بیشتر از ۱۰۰۰۰ (۳)	WBC (mm <sup>3</sup> )	۶۹
<input type="checkbox"/>	(۱) آنمی ( زیر ۱۲ در جنس مونث <input type="checkbox"/> زیر ۱۴ در جنس مذکر) (۲) طبیعی (بیشتر یا مساوی ۱۲ در جنس مونث بیشتر یا مساوی ۱۴ در جنس مذکر) <input type="checkbox"/>	Hb (g/dl)	۷۰