



پرسشنامه آزمایش گالاکتومانان

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

نوع بیماری زمینه ای :

سرفه	فلط	تب	برونشکتازی
درد قفسه سینه	فس فس سینه	هموپتزی	سایر علایم

مدت علایم مشکوک به آسپرژیلوس :

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

نوع آسپرژیلوس

Aspergilloma	ABPA	ABPA-CA	ABPA-S
--------------	------	---------	--------

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

Aspergilloma=Mycetoma=Fungus ball

BAL-Galactomannan	Serum Galactomannan Ag	Invasive Aspergillus
-------------------	------------------------	----------------------

داروی مصرفی