

مقاله خود آموزی

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۱/۵ امتیاز به متخصصین داخلی، کودکان، زنان و زایمان و پزشکان عمومی تعلق می گیرد

آفت دهانی

دکتر پریچهر کفایی*

هاله قرمز رنگ و یک زمینه زرد یا خاکستری. این زخمها در مخاط دهان می باشند و به ندرت وقوع همزمان زخم در مخاط تناسلی نیز دیده می شود که به آن آفت دو قطبی (Bipolar) گفته می شود (۵،۴،۳،۲،۱).

اتیولوژی: اتیولوژی RAS به طور کلی دقیقاً مشخص نیست و یک تاریخچه فامیلی مثبت در حدود یک سوم بیماران دیده شده است و افزایشی در HLA های A2 و A11 و B12 و DR2 نیز دیده شده که زمینه ژنتیکی را در تعدادی از افراد تأیید می کند (۱،۲،۳،۴،۵).

در تعدادی از بیماران (۲۰-۱۰٪) زمینه آنبرمالینی هماتولوژیک دیده شده که به صورت کاهش آهن سرم یا فریتین، کاهش فولات و کاهش B12^(۶،۷) و در حدود ۳٪ از بیماران علایمی از بیماری سلیاک دیده شده است^(۸).

از عوامل اتیولوژیک دیگر می توان از استرس و تروما نام برد و همچنین قطع کشیدن سیگار شاید شروع کننده زخمها در تعدادی از بیماران باشد که مکانیزم آن دقیقاً مشخص نیست^(۱). عده ای از بیماران همراهی با سیکل قاعدگی را ذکر می کنند و در تعدادی نیز ارتباط با آلرژیهای غذایی ذکر شده است^(۱).

اهداف:

آفت های دهانی نوعی بیماری شایع، مزمن و عود کننده هستند و هدف از نگارش مقاله زیر این است که پس از مطالعه قادر باشیم - پاتوژنز و اتیولوژی آفت دهانی را شرح دهیم.
- تظاهرات بالینی آن را بیان کنیم.
- تشخیص های افتراقی آفت دهانی را بیان کنیم.
- ضایعات آفت دهانی را کنترل و درمان کنیم.

خلاصه

زخمهای عود کننده دهانی Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) یا آفت دهانی از شایع ترین مشکلاتی است که به وسیله پزشکان عمومی، متخصصین بیماریهای پوست و دندانپزشکان دیده می شود و در مجموع با زخمهای عود کننده مشخص می شود و ممکن است در بچه ها یا بالغین هر دو دیده شود. هر کدام از ضایعات حدود ۱-۴ هفته طول می کشند و به طور تپیک متعدد کوچک گرد یا بیضی هستند با حاشیه مشخص و با

*- استادیار گروه بیماریهای پوست
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

آفت دهانی همچون در سندرم بهجت، سندرم سوئیت، عفونت HIV و به ندرت در بچه‌ها همراه با تب و فارنژیت و آدنیت گردنی دیده شده است (۹،۱۰).

هنوز علت مشخصی برای زمینه اتوایمنی آفت پیدا نشده است (۱،۲،۳،۴،۵) و همراهی خاصی نیز با بیماریهای سیستمیک اتوایمنیون دیده نشده است.

ایمنوگلوبولینهای سرم معمولاً نرمال هستند، گرچه ممکن است افزایشی در IgA و IgG دیده شود. به تازگی شواهدی در دست است که یک سری اختلالات در تنظیم ایمنی و مکانیزمهای ایمنی سلولار در پاتوژنز آن مهم می‌باشند (۱،۲،۳،۴،۵).

شواهدی دال بر یافتن انواع ویروسها وجود ندارد و برخلاف گذشته که تصور می‌شد RAS فرمی از عفونت هرپس سیمپلکس است در مطالعات انجام شده به وسیله جداسازی ویروسی، مطالعات آنتی بادی و بیوپسی مشاهده شده که ویروس HSV در ضایعات RAS وجود ندارد. ولی در تعدادی از بیماران شواهدی از وجود فرمی از استرپتوکوک آلفا همولیتیک به نام استرپتوکوک Sanguis دیده شده است (۱۱).

علائم کلینیکی

RAS بیماری شایعی است که حداقل ۲۰٪ جمعیت را درگیر می‌کند و شیوع آن در افراد با سطوح اقتصادی اجتماعی بالاتر بیشتر دیده شده است.

سه تیپ عمده RAS وجود دارد که شایعترین آنها مینور آفتها هستند با شیوع ۸۰٪ و حدود ۱۰٪ به صورت ماژور آفتها و ۱۰٪ بقیه نیز به صورت اولسراسیون هرپتی فرم دیده می‌شود.

Minor aphthous (اولسرمیکولایز) بیشتر در سنین ۱۰-۴۰ سال بروز می‌کند و معمولاً علامت کمی ایجاد می‌کنند. آنها بین ۲-۴ میلی متر قطر دارند و بیشتر در مخاط کراتینه متحرک لبها، گونه‌ها و کف دهان و زیر زبان دیده می‌شوند ولی در لثه‌ها، کام و پشت زبان شایع نیستند (۱،۲،۳،۴،۵).

معمولاً تعداد ضایعات در هر حمله زیاد نیست (۱-۶ عدد) و در عرض ۷-۱۰ روز ترمیم می‌یابند ولی در فواصل مختلف عود می‌کنند. این اولسرها معمولاً گرد یا بیضی هستند و به ندرت در شیارهای دهانی به صورت خطی دیده می‌شوند و بدون اسکار

بهبود می‌یابند.

Major aphthous (اولسراتون) این نوع معمولاً بزرگتر و با عود بیشتر و درد بیشتر تظاهر می‌کنند. ضایعات معمولاً به سایز بزرگی می‌رسند و گاهی قطری بیش از ۱ سانتیمتر پیدا می‌کنند. در هر نقطه‌ای از مخاط دهان دیده شده حتی پشت زبان یا کام و معمولاً به تعداد (۱-۶ عدد) در هر بار ایجاد می‌شوند - ضایعات ترمیم آهسته‌ای دارند و در طول ۱۰-۴۰ روز بهبودی می‌یابند و عود شایعی دارند. شکل آنها گرد یا بیضی است با هاله التهابی در اطراف آن و با گذاشتن اسکار ترمیم می‌یابند. در این نوع گاهی افزایش ESR یا ویسکوزیتی پلاسما دیده می‌شود.

اولسرای هرپتی فرم (Herpetiform)

این نوع زخمها در گروه سنی بالاتر دیده شده و در زنان شایع تر است. ضایعات معمولاً شدیداً دردناک هستند و عود بسیار شایعی دارند. به طوری که گاهی اولسراسیون دایمی می‌شود.

اولسرای هرپتی فرم با وزیکولهای کوچک شروع می‌شوند که سریعاً به زخمهای کوچک متعدد با قطر ۲ میلیمتر تبدیل می‌شوند و در هر محلی از دهان ممکن است دیده شوند.

اولسرها به تدریج به هم می‌پیوندند و ایجاد زخمهای بزرگ را می‌کنند که در عرض ۱۰ روز یا بیشتر ترمیم می‌یابند.

شبهت کلینیکی آنها با ضایعات هرپسی باعث نامگذاری آنها شده است ولی شواهدی برای وجود ویروس هرپس سیمپلکس تا به حال دیده نشده است.

پیش آگهی: RAS در اغلب بیماران با افزایش سن کاهش یا کاملاً بهبودی دارند و اگر با افزایش سن تغییری نکند یا بدتر شود احتمال یک بیماری زمینه‌ای دیگر وجود دارد (۱،۴،۵).

تشخیص افتراقی: تشخیص RAS کلینیکی است و بیوپسی فقط وقتی لازم است که علت های دیگر اولسراسیون مورد شک باشد و مهم است که ابتدا دیگر علائم بیماریهای سیستمیک که تظاهرات پوستی و مخاطی دارند و در تشخیص افتراقی آفت قرار می‌گیرند بررسی شود. این بیماریها شامل: سندرم بهجت، سندرم سوئیت، اریتم مولتی فرم، پمفیگوئید سیکاتریشیال، پمفیگوس، سندرم رایترونوتروپنی هستند.

آزمایشات تشخیصی انجام شده باید شامل CBC، آهن TIBC،

استفاده از استروئیدها به صورت سیستمیک در درمان آفت های کوچک اندیکاسیون نداشته و فقط در درمان آفت های مازور در موارد شدید و برای دوره محدود تجویز می گردد^(۱).

د) آنتی بیوتیکها، استفاده از آنتی بیوتیکها روشی مؤثر در تسکین علائم ایجاد شده توسط عفونت ثانوی است. دهان شویه های حاوی تتراسیکلین یا کلرتراسیکلین اغلب به مقدار زیادی در کاهش درد ایجاد شده توسط زخمهای شدید مؤثر است و به دنبال کولونیزاسیون کمتر محیط، زخمها اغلب سریع تر التیام پیدا می کنند ولی این درمان ظاهراً در عود زخمها تأثیری ندارد. افزایش تماس دارو با ضایعات بزرگتر را می توان با خیس نمودن گاز در سوسپانسیون تتراسیکلین و کمپرس نمودن مستقیم ضایعات به دست آورد^(۲،۵).

ه) داروهای تنظیم کننده ایمنی (Immunomodulators)

۱- لوامیزول: این دارو مشتق ایمیدازول است و دارای خاصیت تحریک سیستم ایمنی می باشد و در بیماران آفتی نیز اثرات مثبت آن دیده شده است^(۱،۴).

۲- سوکرال فیت (Sucralfate) در بررسی های انجام شده و مقایسه اثر سوسپانسیون دهانی سوکرال فیت نسبت به پلاسبو دوره درد و طول مدت بهبودی در گروه استفاده کننده از سوکرال فیت کوتاه تر بوده است^(۱۴).

۳- کولشی سین: این دارو نیز در درمان مداوم می تواند از عود RAS جلوگیری به عمل آورده یا به طور شاخصی شدتش را در اکثر بیماران کم کند. کولشی سین با دوز ۱ میلیگرم روزانه به طور مداوم در بیمارانی که آفت های مقاوم دارند مؤثر است^(۱۵).

۴- آزاتیوپرین

۵- گاماگلوبولین^(۴-۱۲)

درمانهای متفرقه: روش های متعدد دیگری نیز گزارش شده است که معمولاً در موارد خیلی شدید بیماری مصرف می شوند مثل دابسون^(۱۲) دی کروموجلیکات^(۴) پنتوکسیفیلین^(۱۶) - سولفات روی^(۴) تاکرولیموس موضعی نیز به تازگی گزارش شده است. ولی اثرات واقعی آن هنوز باید مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

کانتراسپتیو اورال: تعدادی از بیماران که آفت ها را به سیکل

فولات ویتامین B12؛ کلسیم باشد و بررسی HLA برای افتراق RAS از سندرم بهجت در موارد مورد شک لازم است.

درمان: در مورد درمان آفت روشهای متنوعی تاکنون ارایه گردیده است تعدادی از آنها صرفاً اثر تسکینی و کاهش درد و حساسیت و تسریع در ترمیم را داشته و بعضی از درمانها فاصله زمانی را در آفتهای عود کننده افزایش می دهد. در تمام موارد درمانی ابتدا باید عوامل شناخته شده شدید کننده یا ایجاد کننده ضایعات را قطع کرده^(۱،۱۲،۱۳) و بهداشت دهانی را کاملاً رعایت نمود.

الف) آنتی سبتیکها: مواد آنتی سبتیک به صورت دهانشویه مایع یا ژل در کاهش موقت عفونت ثانوی مفید است و نظر به وسعت تعداد میکروارگانیزمها پاسخ بیماران نسبت به درمان متفاوت بوده - گزارشات زیادی از اثرات مفید دهان شویه کلرهگزیدین ۰/۱٪ یا ۰/۲٪ در درمان آفت ذکر گردیده است. کلرهگزیدین می تواند دوره زخمها را کوتاه نموده و فواصل بین آفتهای عود کننده را زیاد نماید. اما نمی تواند از عود زخمها جلوگیری کند^(۱۲).

ب) داروهای بی حس کننده: استفاده از شربت دیفن هیدرامین و شربت آنتی اسید یا هیدروکسید آلومینیوم به نسبت مساوی قبل از غذا سبب تسکین درد بیماران می شود و همچنین نگهداشتن یک قاشق چایخوری محلول گزیلوکائین ۲٪ برای چند دقیقه در دهان درد را تسکین می دهد.

ج) استروئیدهای موضعی و سیستمیک، این داروها به دو صورت اثر می نمایند.

۱- اثر ضد التهابی عمومی آنها که به مقدار کم پیشرفت زخم را در تمام مراحل و به مقدار بیشتری کاهش ناراحتی بیمار را سبب می گردد.

۲- باعث بلوک کردن لنفوسیتها می شوند. از شایع ترین داروهای استروئیدی که به صورت موضعی در دهان استفاده می شود هیدروکورتیرون هموسوکسینات به صورت قرص ۲/۵ میلیگرم و تریامسینولون استوناید در خمیر ۴ بار در روز می باشند.

باید توجه داشت که مصرف استروئیدها در کودکان حتی در مقادیر کم بایستی با احتیاط صورت گیرد.

خصوص در نوع ماژور ولی عوارض مهم آن از جمله ترا توژیستی و نوروپاتی باید مدنظر باشد^(۱۷).

قاعدگی ربط می دهند از این روش درمانی سود برده اند^(۴).
تالیدومید نیز در درمان آفت ها بهبودی ایجاد کرده است به

References

- 1- Champion RH, Burton JL, Barns DA, Rook/ Wilkinson/ Ebling Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Sciences 2004: 66-43.
- 2- Eversole LR. *Immunopathology of oral mucosal ulcerative, desquamative and bullous diseases*. Oral Surg 1994; 77:555-71.
- 3- Porter SR, Hegarty A, Kaliakasou F, Hodgson TA, Scully C. *Recurrent aphthous stomatitis*. Clin Dermatol 2000; 18:569-78.
- 4- Porter SR, Scully C. *Aphthous ulcers: Recurrent*. Clin Evidence 2001; 6: 1073-41.
- 5- Porter SR, Scully C, Pedersen A. *Recurrentaphthous somatitis*. Crit Rev OralBiol Med 1998;9:306-21.
- 6- Porter SR, Flint S, Scully C, KeithO. *Recurrent a phthousstomatits: the efficacy of replacement therapy in patients with underlying haematinic deficiencies* . Ann Dent 1992;L1:14-6.
- 7- PorterSR, ScullyC, Flint SR. *Haematological status in recurrent aphthous stomatitis compared withother oral disease*. Oral Surg 1988;66:41-4.
- 8- Hunter IP, Ferguson MM, Scull C. *Effects of dietary gluten elimination in patients with recurrent minor aphthous stomatitis and no detectable gluten enteropathy*. Oral Surg 1993; 75: 595-8.
- 9- Rogers RS. *Recurrent aphthous stomatitis and Behcet's syndrome*. In: Safai R, Good RA,eds. Immunodermatology. New Yori: Plenum Press, 1981:345.
- 10- Marshall GS, Edwards KM, Butler J. *Syndrome of periodic fever, Pharyngitis and aphthous stomatitis* . J. Pediatr 1987;110:43-6.
- 11- Hasan A, Childerstone. A Pervink T. *Recognition of a unique peptide epitope of themcobacterial and human heat shock protein 65-60. antigen by T cells of patients with recurrent oral ulcers*. Clin Exp Immunol 1995;99: 392-7.
- 12- McBride Dr. *Management of aphthous ulcers*. Am fam physician 2000; 62:149-54,160.
- 13- Hay KD, Reade PC. *The use of an elimination diet in the treatment of recurrent aphthous ulceration of the oral cavity*. Oral Suger 1984;57:504-7.
- 14- Rattan J, Schneider M, Arber N. *Sucralfate suspension as a treatmentof recurrent aphthous stomatitis*. J Intern Med 1994; 236:341-3.
- 15- Katz J, Langevitz P, SHemer J. *Prevention of recurren aphthous stomatitis with colchicines: an open trial*. J Am Acad Dermatol 1994;31:459-61.
- 16- Wahba –Yahav AV. *Severe Idiopathic recurrent aphthous stomatitis* : Treatment with pentoxifylline . Acta Derm Venerol (Stockh) 1995;75:157.
- 17-Grinspan D, Blanco GF, Aguero S. *Treatment of aphthae with thalidomide*. J Am Acad Dermatol 1989;20:1060-3.

سؤالات خودآموزی آفت دهانی

- ۱- در آفت دهانی تاریخچه فامیلی در چه تعداد از بیماران دیده می‌شود؟
 الف) نیمی از بیماران
 ب) یک سوم بیماران
 ج) تمام بیماران
 د) ۱۰٪ بیماران
- ۲- کدامیک از HLA های زیر ممکن است در بیماران آفت دهانی دیده شود؟
 الف) B6
 ب) B8
 ج) DR2
 د) DR6
- ۳- در اتیولوژی بیماران آفتی کدامیک از موارد زیر صدق نمی‌کند؟
 الف) اختلالات هماتولوژیک در بسیاری از بیماران دیده شده است.
 ب) در تعدادی از بیماران علایمی از بیماری سلیاک دیده شده است.
 ج) در بیماران همراهی با بسیاری از بیماریهای سیستمیک اتوایمیون دیده شده است.
 د) شواهدی دال بر نقش ویروسها در ایجاد بیماری دیده نشده است.
- ۴- کدامیک از موارد زیر نقش بیشتری در ایجاد یا تشدید آفت دهانی دارند؟
 الف) بیماریهای اتوایمیون
 ب) ویروسها
 ج) قطع کشیدن سیگار
 د) مصرف قرصهای ضدبارداری
- ۵- شواهدی از وجود کدامیک از باکتریهای زیر در ضایعات آفت دهانی دیده شده است؟
 الف) پنوموکوک
 ب) استرپتوکوک Sanquis
 ج) مننگوکوک
 د) هموفیلوس
- ۶- کدامیک از جملات زیر در مورد شیوع آفت دهانی صحیح می‌باشد؟
 الف) بیماری در ۲۰٪ جمعیت دیده می‌شود.
 ب) حدود ۶۰٪ بیماران آفت از نوع مینور دارند.
 ج) حدود ۲۰٪ بیماران آفت از نوع ماژور دارند.
 د) حدود ۳۰٪ بیماران آفت از نوع هرپتی فرم دارند.
- ۷- کدامیک از جملات زیر در مورد اولسرمیکولایز صحیح می‌باشد؟
 الف) بیشتر در سنین ۵۰ - ۶۰ سال بروز می‌کند.
 ب) ضایعات در هر حمله به تعداد زیاد دیده می‌شوند.
 ج) پشت زبان از محل‌های شایع درگیری است.
 د) این نوع بدون اسکار بهبودی می‌یابند.
- ۸- کدامیک از جملات زیر در مورد اولسرساتون صدق نمی‌کند؟
 الف) در این نوع معمولاً ضایعات به اندازه بزرگی می‌رسند.
 ب) در هر نقطه‌ای از مخاط دهان ممکن است دیده شوند.
 ج) ضایعات معمولاً به سرعت ترمیم می‌یابند.
 د) این نوع معمولاً با ایجاد اسکار ترمیم می‌یابند.
- ۹- در مورد اولسره‌های هرپتی فرم کدامیک از جملات زیر صدق می‌کند؟
 الف) بیماری در گروه سنی بالاتر از بقیه انواع آفت دیده می‌شود.
 ب) بیماری در مردان شایعتر است.
 ج) در این نوع عود بسیار نادر است.
 د) ویروس هرپس از عوامل اتیولوژیک آن می‌باشد.
- ۱۰- کدامیک از بیماریهای زیر جزو تشخیص های افتراقی آفت مطرح نمی‌شوند؟
 الف) سندرم رایتر
 ب) بیماری درماتیت هرپتی فرم
 ج) پمفیگوس
 د) سندرم سوئیت
- ۱۱- در درمان با دهانشویه کلرگزیدین کدامیک از موارد صدق می‌کند؟
 الف) دوره بهبودی زخمها را کوتاه نمی‌کند.
 ب) فواصل بین آفتهای عود کننده را افزایش نمی‌دهد.
 ج) از عود زخمها جلوگیری نمی‌نماید.
 د) همه موارد.
- ۱۲- کدامیک از داروهای زیر می‌تواند از عود ضایعات جلوگیری به عمل آورد؟
 الف) دیفن هیدرامین
 ب) تتراسیکلین
 ج) سوکرال فیت
 د) کولشی سین

۱۳- در درمان با تالیدومید کدام عوارض باید مد نظر باشند؟

الف) کاتاراکت ب) نورویاتی

ج) ترا توژنیستی د) مورد ب و ج

۱۴- در مورد پیش آگهی بیماران با آفت دهانی کدام مورد صحیح است؟

الف) بیماری در طول عمر بیمار تغییری نمی کند.

ب) بیماری اغلب با افزایش سن کاهش یا بهبودی می یابد.

ج) بیماری اغلب با افزایش سن افزایش یا تشدید می یابد.

د) هیچکدام

۱۵- در کدامیک از انواع آفت دهانی افزایش ESR ممکن است دیده شود؟

الف) آفت مینور ب) آفت ماژور

ج) اولسره پیتی فرم د) تمام موارد.

پاسخنامه

الف	ب	ج	د	الف	ب	ج	د
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

شرایط دریافت گواهی شرکت در برنامه خود آموزی

۱- پاسخ صحیح به حداقل ۷۰ درصد از سؤالات مربوط

۲- تکمیل فرم ثبت نام به طور کامل و خوانا

* خواهشمند است پاسخنامه را به همراه فرم ثبت نام حداکثر تا

تاریخ ۱۵/۱۲/۸۵ به آدرس یزد: میدان باهنر - سازمان مرکزی

دانشگاه - معاونت آموزشی - دفتر آموزش مداوم ارسال فرمایید.

محل مهر نظام پزشکی متقاضی

بسمه تعالی
 جمهوری اسلامی ایران
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی
 درخواست ثبت نام

عنوان خودآموزی: آفت دهانی

سازمان برگزار کننده: مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد - پاییز ۱۳۸۵

۱- نام خانوادگی:	۲- نام:	۱۰- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی
۳- شماره شناسنامه:	۴- صادره از:	۱۱- محل فعالیت:
۵- جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		الف) استان محل فعالیت:
۶- تاریخ تولد:		ب) شهر محل فعالیت:
۷- شماره نظام پزشکی:		ج) محل فعالیت: <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> روستا
لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید.		۱۲- نوع فعالیت: الف) هیئت علمی <input type="checkbox"/>
۸- مدرک تحصیلی: <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> قراردادی		ب) رسمی <input type="checkbox"/>
۹- سال اخذ: <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/>		ج) پیام آور <input type="checkbox"/>
الف) لیسانس در رشته:		۱۳- آدرس پستی:
ب) فوق لیسانس در رشته:		کد پستی:
ج) دکترا در رشته:		
د) تخصص در رشته:		
ه) فوق تخصص در رشته:		
و) دکترا (Ph.D) در رشته:		
ز) سایر مدارک:		
۱۵- امضاء متقاضی	۱۴- شماره تلفن:	
۱۶- تاریخ:	۱۷- مهر	۱۸- امضاء مسئول و مهر محل برگزاری:
لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید		
کد بر نامه	کد سازمان برگزار کننده	
امتیاز	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
شماره گواهینامه:	تاریخ صدور	

توجه مهم: خواهشمند است متقاضیان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند و حتماً از مهر استفاده نمایند.