

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بیرجند
مرکز بهداشت شهرستان بیرجند

منبع گزارش دهنده:

تاریخ گزارش:

نام بیمارستان گزارش دهنده:

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مننژیت

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: سن: شغل: کد ملی:

وضعیت تاهل: ملیت:

۲- آدرس:

استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: تلفن:

۳- وضعیت بستری:

شماره پرونده: تاریخ بستری: تاریخ شروع بیماری: تاریخ داروهای تجویز شده:

۴- شکایات و علائم بیماری:

تب: بله خیر علائم عصبی: بله خیر تشنج: بله خیر فوتتال برجسته: بله خیر
سردرد: بله خیر تهوع و استفراغ: بله خیر بثورات جلدی: بله خیر سفتی گردن: بله خیر
کاهش هوشیاری: بله خیر کرنیک: بله خیر برودزینسکی: بله خیر

۵- اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ انجام آزمایش LP:

الف- آزمایش LP (مایع نخاع):

۱- فشار مایع نخاع: الف- بالا ب- طبیعی ۲- ظاهر مایع نخاع: الف- شفاف ب- تیره ۳- تعداد دسلول.....
۴- درصد پلی مورفونوکلئر ۵- درصد لنفوسیت ۶- مقدار پروتئین ۷- مقدار قند ۸- رنگ آمیزی گرم
۹- لاتکس ۱۰- کشت نتیجه کشت: الف- مثبت ب- منفی

ب- آزمایش خون:

C.B.C: مقدار Hb تعداد WBC در صد پلی مورفونوکلئر در صد لنفوسیت رنگ آمیزی گرم کشت
مقدار قند مقدار پروتئین

۶- سوابق واکسیناسیون:

آیا واکسیناسیون انجام شده نوع واکسن: - هموفیلوس آنفلوانزا: بله خیر بر اساس کارت شفاهی
- مننژیت مننگوکوکی: بله خیر بر اساس کارت شفاهی

۷- رادیوگرافی:

طبیعی غیر طبیعی سینوسهای پارانازال: طبیعی غیر طبیعی

۸- سوابق بیمار:

بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اندوکار دیت	<input type="checkbox"/>	پنومونی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضربه به سر	<input type="checkbox"/>	عمل جراحی روی سر	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برداشتن طحال	<input type="checkbox"/>	سابقه مسافرت	<input type="checkbox"/>

۹- نوع مننژیت:

باکتریال: مننگوکوک پنوموکوک هموفیلوس آنفلوانزا سایر موارد باکتریال ویرال

۱۰- الف- درمان آنتی بیوتیکی انجام شده بعد از انجام L.P

ب- درمان آنتی بیوتیک قبل از انجام LP

۱- سفتریاکسون ۲- سفوناکسیم ۳- آمیکاسین ۴- آمپی سیلین ۵- سفنازیدیم ۶- سفتی زوکسیم
۷- کلرامفنیکل ۸- پنی سیلین ۹- وانکومایسین ۱۰- جنتامایسین ۱۱- ریفامپین ۱۲- ایمی پنم ۱۳- سایر

۱۱- عوارض بیماری:

اختلال عصب مغزی با ذکر شماره عصب..... کری: دائم موقت علائم عصبی موضعی دارد بلی خیر

پریکاردیت چرکی: بلی خیر ادم مغزی: بلی خیر هیدرو سفالی: بلی خیر

آبسه مغزی: بلی خیر وتریگولیت: بله خیر سایر عوارض: بله خیر

۱۲- افرادی که با بیمار تماس داشتند:

نام: تاریخ تماس: محل تماس:

۱۳- آیا بیمار دیگری در خانواده وجود دارد:

نام: جنس: سن: اقدامات انجام شده:

۱۴- اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس:

نام: جنس: سن: اقدامات انجام شده:

۱۵- نتیجه درمان:

در حال درمان بهبود فوت تاریخ فوت:

۱۶- نام بررسی کننده: سمت: محل کار: تاریخ: امضاء:

مهر پزشک مرکز درمانی: