وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمان بیرجند.

مرکز بهداشت شهرستان بیرجند **تاریخ:**

لیست خطی موارد مشکوک به سندرم سرخجه مادرزادی (CRS)

ردیف (کد شناسای بیمار)	نام و نام خانوادگی	نام پدر	جنس	ملیت	شهرستان (محل سکونت)	*منطقه		تاریخ تولد (روز/ ماه / سال)	**سابقه واکسیناسیون مادر			تاریخ آخرین نوبت واکسیناسیون	*** منبع گزارش	تاریخ گزارش	تاریخ بررسی	علائم					تاریخ گزارش			تاریخ بررسی	تاریخ تهیه نمونه	**** طبقه‌بندی نهایی			فوت	
						شهری	روستایی		دارد	ندارد	نامشخص					قلبی	شنوایی	چشمی	عصبی	سایر	مرکز بهداشت شهرستان	مرکز بهداشت استان	مرکز مدیریت بیماریها			CRS	CRI	سایر	تاریخ	علت

امضاء مدیر گروه بیماری‌ها/ مسئول واحد بیماری‌ها **امضاء معاون بهداشتی دانشگاه/ رئیس مرکز بهداشت شهرستان:**

* نام شهر و نام منطقه روستایی نوشته شود.

** سابقه واکسیناسیون مادر و ستون تاریخ آخرین نوبت واکسیناسیون در مورد واکسن‌های سرخجه یا MR و یا MMR بوده و در ستون ((دارد)) نام واکسن ثبت گردد.

*** بر حسب منبع گزارش شماره ۱ الی ۹ گذاشته شود: ۱- پایگاه‌هایی که بطور عادی در مراقبت بیماری‌هایEPI مشارکت دارند ۲- بخش‌های نوزادان و واحدهای مراقبت ویژه نوزادان ۳- سرویس‌های زایمان دارای متخصصین زنان و ماما ۴- بیمارستان‌های عمومی دارای بخش اطفال ۵- بیمارستان‌های مرجع ۶- متخصصین چشم، بینایی سنجی و کارمندان مراقبت اولیه چشم ۷- متخصصین گوش و شنوایی سنجی ۸- متخصصین قلب و جراحان قلب ۹- نامشخص

**** در ستون سایر (طبقه‌بندی نهایی) تشخیص نهایی ثبت گردد.

کد شناسایی بیمار بدین صورت ثبت می‌شود: در ابتدا نام دانشگاه (سه حرف اول) و سپس نام شهرستان (سه حرف اول) و سال مربوطه و شماره‌گذاری بیماران از ابتدای هر سال از عدد یک لغایت پایان سال صورت پذیرد. مثال: دانشگاه سیستان و بلوچستان – شهرستان زاهدان- سال ۱۳۸۳ – مورد بیماری ۵ بصورت زیر ثبت گردد: **sis/Zah/83/5**