

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

فرم بررسی انفرادی اسهال خونی

استان: شهرستان: کد ملی: کد پستی: تاریخ گزارش:

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شغل: ملیت: تعداد افراد خانواده:
تعداد مبتلایان خانواده: تاریخ بروز علائم: تاریخ مراجعه: تلفن:
آدرس:

علائم بالینی:

بله	خیر	نامشخص	بله	خیر	نامشخص	سایر شکایات:
						اسهال خفیف (کمتر از ۳ بار):
						اسهال شدید (بیش از ۴ بار):
						استفراغ
						دل درد
						وجود کف و بلغم در مدفوع
						وجود خون در مدفوع

علائم آزمایشگاهی:

w.B.C:

R.B.C:

نام آزمایشگاه: نتیجه آزمایش مدفوع: کشت مثبت: منفی: مستقیم:
نوع میکروب: شیگلا سالمونلا ای.کلی ویبروکلا نامشخص

سابقه مسافرت: بله خیر تاریخ مسافرت: محل مسافرت:

نحوه درمان:

سرپایی بستری نام بیمارستان: تعداد روزهای بستری: طول مدت درمان:
نوع دارو تجویز شده:

منبع آب آشامیدنی:

چاه چشمه لوله کشی شهری قنات سایر:
نتایج آخرین آزمایش آب: میزان کلر باقیمانده زمان ماندن: آزمایش میکروبی:

دفع فاضلاب:

وضع توالت:

چاه رودخانه سیستم فاضلاب سایر دارد بهداشتی غیر بهداشتی ندارد

نتیجه درمان:

بهبودی عود عارضه فوت نوع عارضه:

نام بررسی کننده: عنوان: نام مرکز بررسی کننده: امضاء: