

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی انفرادی کزاز

کشور:.....سال:.....منبع خبر:.....

تاریخ گزارش:...../...../..... نام گزارش دهنده:.....

نام و آدرس موسسه:.....تلفن:.....

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:.....تاریخ تولد:...../...../..... شغل:.....

جنس: زن مرد نام پدر:..... نام مادر:.....

آدرس:.....

ساکن شهر:.....شهرستان:.....استان:.....

ساکن روستای:.....تحت پوشش:خانه بهداشت:..... تیم سیار:.....

۲- تاریخ و نوع ضایعه:

تاریخ ایجاد ضایعه:...../...../.....

- نوع ضایعه: ۱- زخم پوستی صدمه: جراحی: محل زخم:.....
- ۲- محل تزییقات ۳- سوختگی ۴- بند ناف اوتیت میانی ۶- عفونت دندان ۷- سقط
- ۸- حاملگی ۹- جراحی روده ۱۰- نامعلوم

۳- علائم و نشانه ها:

تاریخ بروز اولین علائم:...../...../.....

علائم: بله خیر

۱-.....

۲- تحریک پذیری و بیقراری:

۳- تعریق شدید:

۴- اختلال در بلع:

۵- ترس از آب:

تاریخ بروز اولین اسپاسم ژنرالیزه:...../...../.....

۴- تاریخچه ایمنسازی:

محل معمول ایمنسازی

کلینیک دولتی: خانه بهداشت:..... تیم سیار:..... مرکز بهداشتی درمانی:.....

کلینیک خصوصی: مطب:.....

آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بلی خیر

شماره سری واکسن	نوع واکسن دریافت شده	تاریخ ایمن سازی	نامشخص	خیر	بلی	نوبت اول
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

۵- اگر بیمار نوزاد است:

آیا مادر علیه کزاز واکسینه شده است؟ بلی خیر آیا کارت ایمنسازی دیده شده است؟ بلی خیر

نوبت اول	بلی	خیر	نامشخص	تاریخ ایمنسازی	شماره سری واکسن
...../...../.....
نوبت دوم/...../.....
نوبت یادآور/...../.....

تاریخ آخرین نوبت:...../...../.....

آیا مراقبتهای قبل از زایمان را دریافت کرده است؟ بلی خیر

اگر بلی محل و تاریخ مراقبت:.....

محل تولد کودک: بیمارستان:.....منزل:.....سایر(مشخص شود):.....

اگر زایمان در موسسه ای انجام شده است، نام و آدرس آن موسسه را ذکر کنید:.....

زایمان بوسیله چه کسی انجام شده است؟

پزشک پرستار ماما مامای محلی (۱-دوره دیده ۲- دوره ندیده) سایر (مشخص شود):.....

نام و آدرس:.....

آیا نوزاد درد و روز اول تولد بطور طبیعی شیر خورده است: بلی خیر

آیا نوزاد درد و روز اول تولد بطور طبیعی گریه کرده است؟ بلی خیر

اگر خیر توضیح دهید:.....

آیا کودک بعدا دچار اشکال در مکیدن شده است؟ بلی خیر

اگر بلی توصیف کنید:.....

آیا کودک بعدا دچار سفتی عضلات شده است؟ بلی خیر نامشخص

آیا کودک بعدا دچار تشنج شده است؟ بلی خیر نامشخص

شرح دهید که بند ناف چطور وبا چه وسیله ای بریده شده است؟.....

بند ناف چگونه پانسمان شده است؟.....

اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ دریافت نمونه سرم خون مادر	تاریخ دریافت جواب	نتایج
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

تیتر انتی بادی

۶- وضعیت درمان و بستری:

آیا بیمار توسط پزشک تحت درمان قرار گرفته است؟

بلی خیر نام پزشک معالج:.....محل کار:.....تشخیص:.....

آیا بیمار بستری شده است؟ بلی خیر نام بیمارستان:.....شماره پرونده:.....تاریخ بستری شدن:...../...../.....

نوع درمان ارائه شده:.....

نوع داروی تجویز شده:.....

آیا بیمار مرده است؟.....

بلی خیر اگر جواب مثبت است تاریخ مرگ:...../...../..... علت مرگ:.....

در صورت بهبودی آیا عارضه ای ایجاد شده است؟ بلی خیر

نوع عارضه:

نامشخص	خیر	بلی	
.....	۱- شکستگی: محل شکستگی:.....
.....	۲- امبولی ریه
.....	۳- دهیدراتاسیون
.....	۴- میوکار دیت
.....	۵- عفونت باکتریال: محل عفونت:.....
.....	۶- اریتمی شدید:
.....	۷- هیپرترمی
.....	۸- اسپاسم لارنکس:
.....	۹- احتباس ادرار:
.....			نام و عنوان بررسی کننده: محل کار:.....
.....			تاریخ بررسی:...../...../.....
.....			امضاء: