

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به سندرم سرخجه مادرزادی (CRS)

مرکز بهداشت شهرستان:

دانشگاه/دانشکده:

منطقه: (۱- شهری ۲- روستایی ۹- نامشخص)

منبع گزارش: (۱- پایگاه‌هایی که بطور عادی در مراقبت بیماری‌های EPI 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)

تاریخ اعلام به مرکز بهداشت استان:

تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:

تاریخ اعلام گزارش:

مشخصات بیمار

کد شناسایی بیمار:

نام پزشک معاینه کننده:

شماره پرونده بیمارستان:

نام بیمارستان/مرکز: جنس: (۱- مذکر ۲- مؤنث) ملیت:

نام پدر:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ معاینه:

تاریخ تولد:

وزن هنگام تولد: سن دوران داخل رحمی (به هفته): در صورت فوت تاریخ فوت: علت فوت:

آدرس:

علائم کلینیکی:

گروه الف: (۱= بلی ۲= خیر)

بیماری قلب کاتاراکت یک چشم دوچشم ()
گلوکوم یک چشم دوچشم (رتینوپاتی پیگمانته)
توضیحات: - (بیماری قلبی توضیح داده شود):

گروه ب: (۱= بلی ۲= خیر ۹= نامشخص)

پوریورا نقص شنوایی منگوآنسفالیت بزرگی کبد بزرگی طحال عقب ماندگی ذهنی زردی در ۲۴ ساعت اول تولد
میکروسفالی علائم رادیولوژی در رادیوگرافی استخوان سایر علائم
توضیحات: - (سایر علائم توضیح داده شود):

تاریخچه مادر:

(۱= بلی ۲= خیر ۹= نامشخص)

سن مادر: تعداد حاملگی قبلی مادر: سابقه ابتلاء مادر به بیماری سرخجه

سابقه واکسیناسیون مادر (واکسن حاوی سرخجه): تاریخ آخرین نوبت واکسیناسیون (واکسن حاوی سرخجه):

ابتلاء به سرخجه در زمان بارداری بثورات در زمان بارداری تاریخ شروع بثورات:

تب در زمان بارداری تاریخ شروع تب:

نتیجه مثبت آزمایشگاهی سرخجه نام آزمایشگاه:

تماس در طی بارداری با فرد مبتلا به سرخجه (تب و بثورات جلدی) سابقه مسافرت در طی بارداری (در صورت مثبت بودن نام محل و مدت مسافرت ذکر شود):

توضیحات:

یافته‌های آزمایشگاهی:

تاریخ جمع آوری نمونه: تاریخ ارسال به آزمایشگاه: تاریخ دریافت نتیجه:

طبقه بندی نهایی (۱- تأیید تشخیص بالینی CRS ۲- تأیید آزمایشگاهی CRS ۳- CRI ۴- مردود)

در صورت مردود بودن، تشخیص نهایی ذکر شود:

امضاء:

تاریخ بررسی:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده: