

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها ی واگیر

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد تب و بثورات جلدی ماکولوپاپولار

مرکز بهداشت شهرستان:

دانشگاه/دانشکده:

منطقه: (۱-شهری ۲-روستایی ۹-نامشخص)

منبع گزارش: (۱-خانه بهداشت ۲-مرکز بهداشتی درمانی ۳-بیمارستان دولتی ۴-بیمارستان خصوصی ۵-مطب

۶-درمانگاه خصوصی ۷-آزمایشگاه ۸-سایر ۹-نامشخص)

تاریخ دریافت گزارش: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:

مشخصات بیمار:

کد شناسایی بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: (۱-مذکر ۲-مؤنث)

تاریخ تولد: سن بر حسب سال و ماه: ملیت:

آدرس:

تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخک/سرخچه/MMR (به تفکیک هر واکسن و تعداد نوبتهای دریافتی و تاریخ آخرین نوبت):

MR :

MMR :

سرخچه:

سرخک:

تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت	تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت	تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت	تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت

یافته های بالینی:

تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات: (۱-ماکولوپاپولر ۲-وزیکولر ۳-سایر) بیمار باردار است ۱-بلی ۲-خیر
علائم تب: (۱-دارد ۲-ندارد ۹-نامشخص) تاریخ شروع تب: سرفه بزرگی غدد لنفاوی کدام مناطق بدن
آبریزش از بینی قرمزی ملتحمه چشم درد مفاصل چند مفصل مدت تورم مفاصل چند مفصل مدت
اختلالات شنوایی (یک گوش مدت دوگوش مدت سایر علائم:
آیا بیمار بستری شده است: بلی خیر نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی:
آیا بیمار فوت شده است: بلی خیر تاریخ فوت: علت مرگ:

منبع احتمالی عفونت:

(بلی= ۱ خیر= ۲ نامشخص= ۹)

- ۱-آیا در یکماه اخیر تماس با موارد مشکوک به سرخک / سرخچه / تب و بثورات ماکولوپاپولار داشته است؟
- ۲-آیا مورد تأیید شده سرخک / سرخچه در طی یکماه اخیر دراین منطقه وجود داشته است؟
- ۳-آیا بیمار در یکماه اخیر مسافرت داشته است؟ نام محل مسافرت:
- ۴-آیا بیمار با خانم باردار در طی دوران بروز علائم / دره کمون بیماری تماس داشته است؟

یافته های آزمایشگاهی:

۱- تاریخ نمونه گیری خون: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

۲- تاریخ نمونه گیری ادرار: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

۳- تاریخ نمونه گیری حلق: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

نتیجه آزمایش از نظر سرخک سرخچه (۱-مثبت ۲-منفی ۹-نامشخص)

طبقه بندی نهایی:

تاریخ طبقه بندی نهایی:

مردود **تشخیص نهایی ذکر گردد:

تایید شده (۱-سرخک ۲-سرخچه)

تایید شده بوسیله: (۱-آزمایشگاه ۲-بالینی ۳-اپیدمیولوژیک)

منبع بیماری: (۱- بومی ۲- وارده ۳- مرتبط با وارده ۴- نامشخص)

مشخصات بررسی کننده:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضا: