

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به سرخجه

دانشگاه/دانشکده..... مرکز بهداشت شهرستان:.....

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 اعلام گزارش:..... تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:..... تاریخ اعلام به مرکز بهداشت استان:.....

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار:.....

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: (۱- مذکر ۲- مونث) کد ملی:

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

آدرس:.....

تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخجه / MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت): نامشخص

MR MMR سرخجه:

نوبت اول	آخرین نوبت	نوبت اول	آخرین نوبت
دریافت واکسن در بسیج همگانی واکسیناسیون			

یافته های بالینی:

تاریخ بررسی:..... تاریخ شروع بثورات:..... نوع بثورات: (۱- ماکولوپاپولر ۲- وزیکولر ۳- سایر)

در صورت مونث بودن آیا 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:..... تورم مفاصل چند مفصل:..... 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: (۱= بلی ۲= خیر ۹= نامشخص)

آیا در یک ماه اخیر تماسی با موارد مشکوک به سرخجه داشته است؟

آیا مورد تأیید شده سرخجه در طی یک ماه اخیر در این منطقه وجود داشته است؟

آیا بیمار در یک ماه اخیر مسافرتی داشته است؟ محل مسافرت:.....

آیا بیمار با خانم باردار در طی دوران بروز علائم تماس داشته است؟ (نام و مشخصات خانم باردار ثبت و بررسی شود)

یافته های آزمایشگاهی: این قسمت پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل می گردد:

تاریخ نمونه گیری خون:..... تاریخ ارسال نمونه:..... نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:.....

تاریخ نمونه گیری خون:..... تاریخ ارسال نمونه:..... نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:.....

تاریخ نمونه گیری خون:..... تاریخ ارسال نمونه:..... نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:.....

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

طبقه بندی نهایی: تاریخ طبقه بندی نهایی:.....

مردود تشخیص نهایی ذکر گردد:

تأیید شده (۱- سرخک ۲- سرخجه ۳- سایر)

تأیید شده به وسیله: (۱- آزمایشگاه ۲- بالینی ۳- اپیدمیولوژیک)

مشخصات بررسی کننده:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی:..... امضاء: