

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک سرخک

دانشگاه علوم پزشکی : بیرجند 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 دریافت گزارش : تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان :

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار : نام و نام خانوادگی : نام پدر: کد ملی :

جنس : (۱- مذکر ۲- مؤنث) تاریخ تولد : نشانی: ملیت :

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

MR	MMR		سرخجه		سرخک	
	نوبت دوم	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت اول

یافته‌های بالینی: تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات : نوع بثورات : (۱- ماکولوپاپولار ۲- وریکولر ۳- سایر علائم)

تب : (۱- دارد ۲- ندارد ۹- نامشخص) تاریخ شروع تب : سرفه: آبریزش از بینی: قرمزی ملتحمه چشم

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 :

- آیا در طول ۷ تا ۱۸ روز قبل از شروع بثورات سابقه مسافرت داشته است ؟ به کجا ؟
- آیا در طول ۷ تا ۱۸ روز قبل از شروع بثورات تماس با موارد قطعی سرخک داشته است؟
- آیا مورد قطعی سرخک در این منطقه قبل از بروز این مورد وجود داشته است ؟

یافته‌های آزمایشگاهی :

- تاریخ نمونه گیری خون : تاریخ ارسال نمونه:
- تاریخ نمونه گیری ادرار : تاریخ ارسال نمونه:
- تاریخ نمونه گیری حلق: تاریخ ارسال نمونه:

این قسمت پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل گردد:

نتیجه آزمایش : تاریخ اعلام نتیجه:

نتیجه آزمایش : تاریخ اعلام نتیجه:

نتیجه آزمایش : تاریخ اعلام نتیجه:

طبقه بندی نهایی: تاریخ طبقه بندی :

مردود تشخیص نهایی ذکر گردد:

تأیید شده : (۱- سرخک ۲- سرخجه ۳- پارا ویروس (B19))

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

مشخصات تیم بررسی کننده :

۱- نام و نام خانوادگی : سمت: تاریخ بررسی : امضاء

۲- نام و نام خانوادگی : سمت: امضاء

۳- نام و نام خانوادگی : سمت: امضاء