

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی سیاه سرفه

منبع خبر

تاریخ گزارش: ..... نام گزارش دهنده: .....  
نام و آدرس موسسه: ..... شماره تلفن: .....

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... جنس: ..... شغل: .....  
نام پدر: ..... تعداد افراد خانواده: ..... وضعیت تحصیلی: .....  
کد ملی بیمار: .....

آدرس:

ساکن شهر: ..... شهرستان: ..... استان: .....  
روستای تحت پوشش: ..... خانه بهداشت: ..... تیم سیار:

درمان:

آیا بیمار تحت مراقبت قرار گرفته است؟ بلی  خیر  بستری  سرپایی   
نام بیمارستان: ..... نام مرکز بهداشتی درمانی: ..... تاریخ بستری: ..... / ..... / .....  
شماره پرونده پزشکی: ..... نام پزشک معالج: ..... داروی تجویز شده: .....

علائم و نشانه ها:

تاریخ شروع سرفه: ..... / ..... / ..... مدت سرفه: .....

آیا دوره پاروکسیسمال وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا هوپ بعد از سرفه وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا تنگی نفس دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا بیمار سابقه سرفه مزمن دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا همراه سرفه ، استفراغ وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا هنوز سرفه دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

در صورت مثبت بودن هر کدام از جواب های بالا توضیح دهید:

.....  
.....

اطلاعات آزمایشگاهی

تاریخ نمونه برداری: ...../...../.....

نتیجه سواب نازوفارنکس

مثبت

منفی

نامشخص

نتیجه کشت

مثبت

منفی

نامشخص

تاریخچه ایمن سازی:

تعداد واکسن پنتاوالان یا DPT انجام شده: .....

آیا سابقه ایمن سازی به صورت مدون وجود دارد؟

بلی  خیر  نامشخص

دستور مثبت بودن تاریخ های تلقیح شده (...../...../.....)(...../...../.....)(...../...../.....)(...../...../.....)

اول دوم سوم چهارم

در صورت منفی بودن ذکر دلیل آن: .....

محل ایمن سازی:

خانه بهداشت  تیم سیار  مرکز بهداشتی درمانی  بخش خصوصی  خیریه

تشخیص نهایی:

برونشیت

بلی  خیر

پنومونی

بلی  خیر

نتیجه عکس برداری

مثبت  منفی  نامشخص

نظریه پزشک: .....

.....

.....

بررسی اپیدمیولوژیکی:

آیا به لحاظ احتمال یا وجود سیاه سرفه در ۴ هفته اخیر مسافرتی داشته است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن:

تاریخ مسافرت

نام محل

..... از تاریخ: ...../...../..... تا تاریخ: ...../...../.....

..... از تاریخ: ...../...../..... تا تاریخ: ...../...../.....

..... از تاریخ: ...../...../..... تا تاریخ: ...../...../.....

گروه هایی که بیمار با آنها تماس داشته در یک فهرست بنویسید؟

نام و نام خانوادگی نسبت با بیمار سن جنس تاریخ بروز علائم زمان سرفه تعداد واکسیناسیون نسبت به DPT (ثلاث) یا پنتاوالان

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*در صورت احتمال وجود سیاه سرفه جداسازی بایستی انجام گیرد.

- اقدامات انجام شده در مواردی که با بیمار در تماس بوده اند.

۱- از نظر واکسیناسیون (چند نفر)

نوبت پنجم ثلاث

نوبت سوم ثلاث یا پنتا والان

نوبت اول ثلاث یا پنتا والان

نوبت چهارم ثلاث

نوبت دوم ثلاث یا پنتا والان

۲- از نظر آنتی بیوتیک و نوع آنتی بیوتیک:.....

نتیجه بیماری:

تاریخ فوت:...../...../.....

فوت

بهبودی

نام بررسی کننده:.....عنوان:.....

محل کار:.....تاریخ:...../...../.....

امضاء: