

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

اداره کل پیشگیری و مراقبت از بیماریها

فرم بررسی موارد دیفتري استان:.....دانشگاه:.....سال:.....

شماره شناسایی									
سال	ماه	روز	تاریخ بررسی	سال	ماه	روز	تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت شهرستان:		
زن	مرد	جنس	نام ونام خانوادگی بیمار						
	چند ماه	چندسال	(سن اگر تاریخ تولد مشخص نباشد)			سال	ماه	روز	تاریخ تولد
			روستا/شهر/شهرک			آدرس			
			استان			شهرستان			
تاریخچه بیماری									
			سال	ماه	روز	تاریخ شروع بیماری			
علائم:									
نامشخص	خیر	بلی	ایا اعضای کاذب چسبیده دربینی، حلق ولوزه ها وجود دارد؟			نامشخص	خیر	بلی	فارنژیت
نامشخص	خیر	بلی	لارنژیت			نامشخص	خیر	بلی	التهاب لوزه ها
.....بیمارستان:			اگر بلی ، نام ومحل درمان : مرکز بهداشتی درمانی:			نامشخص	خیر	بلی	آیا بیمار تحت درمان بوده است
						سال	ماه	روز	تاریخ بستری(در صورت بستری شدن)
سال	ماه	روز	تاریخ تجویز آنتی بیوتیک			نامشخص	خیر	بلی	آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟
سال	ماه	روز	تاریخ تجویز آنتی توکسین			نامشخص	خیر	بلی	آنتی توکسین مصرف کرده است؟
سال	ماه	روز	تاریخ آخرین روز	تعداد کل دورها		نامشخص	خیر	بلی	واکسیناسیون قبلی (DPT,DT,dt)
توکسیژنیک(سم زا)			تشخیص کورینه باکتریم دیفتري			تاریخ نمونه برداری			نتایج آزمایشگاهی
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	نمونه حلق
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	نمونه بینی
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	سایر نمونه ها
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	۱-
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	۲-
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	۳-
نامشخص		خیر		بلی		موارد تماس نزدیک دریک مته قبل از شروع بیماری			
طبقه بندی نهایی									
بیماری دیفتري مردود می باشد			وجود شواهد اپیدمیولوژیک بالینی			آزمایشگاهی		بیماری دیفتري تأیید می شود دلایل	
نامشخص		مرده		زنده		عاقبت بیماری			
مشخصات بررسی کننده									
نام ونام خانوادگی									
آدرس									
امضاء :					تلفن :				