

ID CODE:

بسمه تعالی

شماره مورد:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

سال:

مرکز بهداشت شهرستان بیرجند

فرم بررسی موارد فلج شل حاد

۱- مشخصات مورد:

شهرستان: استان: کد عرضه خدمات: ملیت: ایرانی آدرس کامل: تلفن: نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: تاریخ تولد: سن در موقع ابتلا: جنس: مذکر مؤنث

۲- گزارش:

تاریخ گزارش به مرکز بهداشت شهرستان: تاریخ گزارش به مرکز بهداشت استان: تاریخ گزارش به مرکز مدیریت بیماری ها: منبع گزارش: خانه بهداشت: مرکز بهداشتی درمانی: تیم سیار: بیمارستان: مرکز توانبخشی: مطب: سایر منابع (ذکر شود): نام گزارش دهنده: شماره تلفن گزارش دهنده:

۳- آیا بیمار بستری شده است؟ بلی خیر اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن: تاریخ بستری شدن: شماره پرونده:

۴- علائم و نشانه‌های بیماری:

تاریخ شروع اولین علامت: _____ (دور هر کدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید)
تب یبوست آبریزش بینی درد عضلانی اسهال سردرد تهوع سفتی گردن سرگیجه ضعف گلودرد

۵- فلج:

وضعیت فلج: تاریخ شروع فلج: _____ مدت تکمیل فلج: _____ آیا در موقع شروع فلج تب وجود داشته است؟ بلی خیر درجه تب ...
محل فلج: (دور عضو فلج را دایره بکشید): پای چپ دست چپ پای راست دست راست عضلات تنفسی صورت سایر اعصاب کرانیال

۶- وضعیت ایمن سازی: بر حسب: کارت ایمن سازی حافظه مادر دور هر کدام از نوبت‌های زیر که دریافت داشته دایره بکشید و زیر آن تاریخ را بنویسید؟
نوبت: نوبت صفر نوبت اول نوبت دوم نوبت سوم یادآور اول یادآور دوم روزهای ملی ایمن سازی تاریخ آخرین نوبت تاریخ

۷- طبقه بندی اولیه بالینی: مزلون به پولیو گیلن باره نوریت تروماتیک میلیت عرضی سایر تاریخ:

۸- سابقه مسافرت: بازدید و تماس با افراد دیگر در ۲۸ روز قبل از بروز علائم: بلی

محل مسافرت یا بازدید: فرد یا افراد ملاقات شده: تاریخ:

۹- آیا بیمار در ۷۵ روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که به تازگی فلج یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته است تماس داشته است؟
بلی خیر اگر بلی ذکر شود در کجا و چه کسی؟
محل: نام افراد: تاریخ:

.....
.....
.....

۱۰ - نمونه برداری مدفوع از بیمار :

تاریخ نمونه برداری تاریخ تحویل به آزمایشگاه تاریخ دریافت نتیجه نوع ویروس پولیو جدا شده نوع ویروس های دیگر منفی

نمونه اول:

نمونه دوم :

۱۱ - نمونه برداری مدفوع از موارد تماس:

(اگر کودک زیر ۵ سال سن دارد موارد تماس تا زیر ۵ سال و اگر بیشتر از ۵ سال سن دارد ، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شوند)

نام و نام خانوادگی مورد تماس: تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده تاریخ آخرین نوبت واکسن آدرس:

.....
.....
.....

۱۲ - اقدامات کنترلی : تاریخ انجام اقدامات : تعداد محل های بازدید شده :

تعداد خانوار بازدید شده : تعداد کودکان واکسینه شده : تعداد نمونه برداشت شده :

۱۳ - پیگیری روز ۶۰ : انجام شد انجام نشد اگر نشد چرا ؟ توضیح دهید :

فلج باقیمانده (دور عضو فلج دایره بکشید) پای راست دست راست پای چپ دست چپ صورت ماهیچه های تنفسی سایر اعصاب کرانیال

معلولیت : نمی تواند راه برود با کمک راه می رود می لنگد طبیعی راه می رود سایر معلولیت ها

فوت : در صورت فوت تاریخ آن علت فوت ، جزئیات را توضیح دهید :

۱۴ - تیم بررسی :

نام و نام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیماری ها : امضاء تاریخ:

نام و نام خانوادگی کارشناس مسؤول و پزشک بررسی: امضاء تاریخ:

نام و نام خانوادگی پزشک بیمار : امضاء تاریخ:

مراتب فوق مورد تأیید است .

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی : امضاء تاریخ:

۱۵ - طبقه بندی نهایی: پولیو میلیت مردود پولیو میلیت غیر قابل انکار

معیار تشخیص : جدا شدن ویروس از نمونه مدفوع کافی فلج باقیمانده روز ۶۰ نداشتن فلج باقیمانده روز ۶۰

جدا نشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی مرگ پس از غیر قابل رد شدن پولیو

نمونه کافی مدفوع گرفته نشده بود عدم انجام پیگیری به علت پیدا نشدن بیمار

اگر پولیو میلیت تأیید شده است چه نوعی ؟ (یکی را تیک بزنید) انتقال محلی وارده ناشی از واکسن نامعلوم

تشخیص نهایی : اگر پولیو رد شده است تشخیص را بنویسید ؟

مشخصات اعضای تیم طبقه بندی :

نام و نام خانوادگی پزشک: نوع تخصص: شماره نظام پزشکی :

تاریخ : مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک: نوع تخصص: شماره نظام پزشکی :

تاریخ : مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک: نوع تخصص: شماره نظام پزشکی :

تاریخ : مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک: نوع تخصص: شماره نظام پزشکی :

تاریخ : مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک: نوع تخصص: شماره نظام پزشکی :

تاریخ : مهر و امضاء

مراتب فوق مورد تأیید است:

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی : تاریخ: امضاء