

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام شهرستان
 مرکز گزارش دهنده

بیمار شهرستان دانشگاه سال
 کد □□□□ □□ □□ □□

فرم بررسی موارد هپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

نام و نام خانوادگی : سن □□ = کمتر از یکسال
نام پدر : محل سکونت: شهرستان شهر روستا
جنس: کد ملی :
وضعیت تأهل:
شغل :
 نشانی :

واکسیناسیون : انجام شده □ انجام نشده □
 نوبت دوز دریافت شده (صفر تا ۳) □ کارت □ حافظه □
 تاریخ دریافت آخرین نوبت

علت بررسی : (کلیه موارد مرتبط علامت گذاری شود) :

- ۱- بروز علائم هپاتیت حاد □ ۲- افزایش آنزیمهای کبدی □ ۳- سابقه اعتیاد تزریقی □ ۴- حاملگی □ ۵- نوزاد مادر آلوده □
 ۶- تماس جنسی مشکوک □ ۷- افراد خانوار فرد آلوده □ ۸- تزریق خون و یا فرآورده های خونی □ ۹- دیالیز □ ۱۰- شاغلین بهداشت و درمان □ ۱۱- دریافت خدمات دندانپزشکی □
 ۱۲- پیگیری بعثت آلودگی شناخته شده قبلی □ ۱۳- اهداء خون یا عضو □ ۱۴- بررسی داوطلبانه □ ۱۵- بررسی فرد بدون علامت با عوامل زمینه ساز □ ۱۶- سایر □

یافته های آزمایشگاهی	اطلاعات بالینی فرد آلوده به هپاتیت
HBs Ag نامشخص □ منفی □ مثبت □	آیا دارای علامت بالینی است : خیر □ بلی □ تب □ درد شکم □ تهوع و استفراغ □
HBe Ag نامشخص □ منفی □ مثبت □	تاریخ بروز اولین علائم/...../..... زردی □ سایر علائم □
IgM anti HBc نامشخص □ منفی □ مثبت □	تاریخ تشخیص/...../.....
IgM anti HAV نامشخص □ منفی □ مثبت □	آیا بیمار بعثت هپاتیت بستری شده؟ خیر □ بلی □
anti HCV Elisa نامشخص □ منفی □ مثبت □	آیا بیمار در اثر هپاتیت فوت نموده؟ خیر □ بلی □ تاریخ فوت
anti HCV RIBA نامشخص □ منفی □ مثبت □	آیا بیمار حامله بوده؟ خیر □ بلی □ سن حاملگی
anti HDV Ab نامشخص □ منفی □ مثبت □	آیا علائم بالینی سیروز دارد؟ خیر □ بلی □
SGOT.....SGPT.....BilirubinU/A.....CBC Others:	

تشخیص نهایی :

هپاتیت B □ حاد □ مزمن □ هپاتیت C □ حاد □ مزمن □ هپاتیت D □ هپاتیت حاد G □ سایر هپاتیت ها □
 آلودگی مزمن HBV بدون علامت و فعال □ آلودگی HCV بدون علامت و فعال □ ناقل غیرفعال □ B □ C □ سیروز □ سایر

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد طی ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگی بر اساس سابقه قبلی تکمیل می گردد

۱- آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هپاتیت B یا C ، بوده است ؟ بلی خیر نامشخص
 در صورت بلی، نوع تماس : تماس جنسی تماس غیرجنسی در خانواده سایر تاریخ تماس: نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده
 هپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است آدرس:
 تلفن :

۲- آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده خونی داشته است ؟ بلی خیر نامشخص در صورت بلی ، نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی:
 تاریخ دریافت : نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خون

۳- آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون ، فرورفتن سوزن و) داشته است ؟ بلی خیر نامشخص تاریخ تماس :
 نام و آدرس مرکز موردنظر

۴- سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است ؟
 دیالیز دندانپزشکی خالکوبی ازدواج (دائم یا موقت)
 جراحی تزریق داروی غیرمخدر سوراخ کردن گوش یا بینی اقامت در زندان یا مرکز بازپروری
 اندوسکوپی تزریق مواد مخدر حجامت ختنه سایر.....

در صورتی که هر یک از موارد فوق مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود .

۵- در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان: نام و محل مرکز انجام مراقبت های بارداری که به آن مراجعه می کند:

۶- آیا بیمار بستری است ؟ بلی خیر نام مرکز بستری

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

ملاحظات	نتایج آزمایشات مورد نیاز										تاریخ بررسی	تاریخ تشخیص
	سایر	سونوگرافی کبد	*α FP	PT	PLT	Alb	ALT	AST	antiHBc	HBs-Ag		

در صورتی که HBsAg منفی باشد antiHBc انجام می گردد. در صورتی که هر دوی این تست ها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد.
 * در موارد آلودگی در مردان بالای ۴۰ سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش α FP و سونوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله شش تا دوازده ماه توصیه می شود.

نام و سمت گزارشگر تاریخ گزارش:/...../..... امضاء:

بررسی اطرافیان فرد آلوده

نیاز به پیگیری بعدی	مشاوره	آموزش	تاریخ تزریق واکسن			انجام واکسیناسیون HBV	نتایج آزمایشات موردنیاز				تاریخ بررسی	نام خانوادگی	نام
			چونت سوم	چونت دوم	چونت اول		سایر	HCVAb*	antiHBc	HBs-Ag			

* نوع آزمایش انجام شده (Elisa یا RIBA) مشخص شود .