

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز بهداشت استان

مرکز بهداشت شهرستان...

فرم بیماریابی فاسیولیازیس (فرم شماره ۱)

نام و نام خانوادگی :	نام پدر:					
سن :	جنس:					
شغل اصلی:	شغل فرعی:					
تحصیلات :	تعداد افراد خانوار:					
آدرس محل سکونت:						
تلفن:						
علائم بیماری:.						
<u>در صورت داشتن هر یک از علائم دور آن خط کشیده شود.</u>						
تب	درد شکم	اختلالات گوارشی	کهیر	مشکلات تنفسی	درد عضلات	درد
در ناحیه شانه	کم خونی					
زردی	خارش پوست					
تاریخ شروع اولین علائم بیماری :						
آیا بیمار در چند ماه گذشته سابقه مصرف سبزیجات خود روی محلی (آبزی و خشکی زی) یا سایر سبزیجات خام دارد ؟ بلی خیر						
آیا بیمار در چند ماه گذشته سابقه نوشیدن آب های سطحی یا شنا در آن را دارد ؟ بلی خیر						
آیا فرد دیگری در خانواده مبتلا به فاسیولیازیس شده است؟ بلی خیر						
تعداد مبتلایان:						
آیا فرد سابقه مسافرت در ۶-۲ ماهه گذشته را دارد؟ بلی خیر						
در صورت جواب مثبت محل مسافرت ذکر گردد.						
نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده پرسشنامه :						

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....

مركز بهداشت شهرستان .....

فرم بررسی ایندیمولوژیک بیماری فاسیولاریس (فرم ۲)

منبع گزارش بیماری:		آدرس:	
نام:		نام خانوادگی:	
شغل اصلی:		شغل فرعی:	
آدرس سکونت قبلی (بیش از ۶ ماه):		ساکن: شهر: روستا:	
آدرس سکونت فعلی:		تعداد افراد خانواده: چند نفر از افراد خانواده مبتلا شده اند؟	
-اگر در استانهای شمالی زندگی نمی کند آیا در ماه های گذشته به این استانها مسافرت کرده است؟		بله خیر	
-آیا سابقه مصرف سبزیجات محلی (مانند خالوش) و یا مواد غذایی تهیه شده از سبزیجات محلی از قبیل نمک سبز، زیتون پرورده و غیره دارد؟		بله خیر	
-تاریخ بروز اولین علامت بالینی		-تاریخ تشخیص (تاریخ مراجعه به پزشک)	
نوع آزمایشات: WBC- EIOS- سدفوع (نخ) (نگل)	تاریخ:	نتیجه:	نوع آزمایشات: ELISA- حاصلت از هماگلوتیناسیون (HA) -ایمونو فلورسانس
علامت بالینی بیمار:		تاریخ ابتلای قبلی:	
دارمان:		دارد	
سابقه درمان قبلی:		تاریخ:	
دارمان فعلی:		مدت مصرف:	
نام پزشک معالج:		تاریخ تجویز دارو:	
نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم:		تاریخ تکمیل فرم:	

