

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی مرکز مدیریت بیماری های واگیر فرم ثبت اطلاعات موارد بیماری تب مالت			
اطلاعات جغرافیایی			
استان:	دانشگاه:	شهرستان:	سال گزارش:
منطقه محل سکونت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> سیاری <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> نوع مرکز: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> شهری روستایی <input type="checkbox"/>	ماه گزارش:		
نام مرکز: نام خانه / پایگاه بهداشتی:			
اطلاعات فردی و آزمایشگاهی بیمار			
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:
سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	بارداری: <input type="checkbox"/> *	ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانی <input type="checkbox"/> پاکستانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر:
شغل: دامدار <input type="checkbox"/> کشاورز <input type="checkbox"/> قصاب <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> کارگر کشتارگاه <input type="checkbox"/> کارگر دامداری <input type="checkbox"/> دانش آموز <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> کودک <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> سایر:			
کد پستی:	آدرس محل سکونت:		
آزمایش های تخصصی تشخیصی:			
رایت: $\frac{1}{40}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{80}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{160}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{320}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{640}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{1280}$ <input type="checkbox"/>			
کومبس رایت: $\frac{1}{40}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{80}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{160}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{320}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{640}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{1280}$ <input type="checkbox"/>			
TME: $\frac{1}{20}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{40}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{80}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{160}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{320}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{640}$ <input type="checkbox"/> $\frac{1}{1280}$ <input type="checkbox"/>			
سایر آزمایش های تخصصی:			
مورد بیماری: جدید <input type="checkbox"/> شکست درمان - عود <input type="checkbox"/> نامشخص و فاقد اطلاعات تکمیلی <input type="checkbox"/>			
اطلاعات تکمیلی			
تماس با دام: <input type="checkbox"/> * واکسیناسیون دام ( در صورت شغل دامداری ، آیا دام فرد بیمار سابقه واکسیناسیون دارد؟) <input type="checkbox"/> * نوع تماس با دام: نگهداری دام در محل سکونت <input type="checkbox"/> ذبح دام ، تماس با خون و ترشحات <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده <input type="checkbox"/> حضور در محل نگهداری دام و کود حیوانی <input type="checkbox"/>			
سابقه مصرف فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه: <input type="checkbox"/> * نوع فرآورده: شیر <input type="checkbox"/> پنیر <input type="checkbox"/> خامه <input type="checkbox"/> کره <input type="checkbox"/> آغوز <input type="checkbox"/> سرشیر <input type="checkbox"/> بستنی <input type="checkbox"/> ابتلای سایر افراد خانواده در یکسال گذشته: <input type="checkbox"/> *			
سال بروز علائم بیماری:	ماه بروز علائم بیماری:	سال تشخیص بالینی:	ماه تشخیص بالینی:
علائم بالینی: تب <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> درد عضلانی و استخوانی و کمردرد <input type="checkbox"/> آدنوپاتی یا بزرگی طحال و بزرگی کبد <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/>			
بستری در بیمارستان: <input type="checkbox"/> * مدت بستری: ۱ هفته <input type="checkbox"/> ۲ هفته <input type="checkbox"/> ۳-۴ هفته <input type="checkbox"/> ۴ هفته <input type="checkbox"/> بیش از ۴ هفته <input type="checkbox"/>			
در صورت شکست درمان یا عود ، سال درمان قبلی: مدت درمان قبلی: ۲ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۳-۴ هفته <input type="checkbox"/> ۵-۶ هفته <input type="checkbox"/> ۷-۸ هفته <input type="checkbox"/> بیش از ۸ هفته <input type="checkbox"/>			
عوارض بیماری: <input type="checkbox"/> * نوع عارضه: آرتريت <input type="checkbox"/> اسپوندیلیت <input type="checkbox"/> آنسفالیت <input type="checkbox"/> ارکید <input type="checkbox"/> اندوکاردیت <input type="checkbox"/> اختلال روانی <input type="checkbox"/>			
مدت مصرف دارو ها در درمان جدید:			
تتراسیکلین: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>			
داکسی سیکلین: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>			
استرپتومایسین : ۱ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۸ تا ۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۱ روز <input type="checkbox"/>			
جنتامایسین: ۱ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۸ تا ۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۱ روز <input type="checkbox"/>			
کوتریموکسازول: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>			
ریفامپین: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>			
سایر داروها:			
هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: <input type="checkbox"/> * سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:			
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		تاریخ تکمیل فرم:	

\*ضربدر در داخل مربع حکم بلی را دارد.