

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: 102-04-19

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی انفرادی بیماری تب مالت

ماه

دوره تکمیل: روزانه

خانه بهداشت:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

کد ملی:

سن:

جنس:

ملیت:

شغل:

سواد:

کد پستی:

آدرس محل سکونت:

آیا سابقه تماس با دام داشته است؟

سابقه تماس با دام در 18 ماه گذشته

- 1- تماس با ترشحات دام بعد از زایمان  2- تماس با جنین سقط شده دام  3- تماس با دام زنده  4- ذبح دام   
5- تماس با لاشه و ترشحات پس از ذبح  6- تماس با گوشت و اعضاء بدن

سابقه استفاده از فراورده های لبنی غیر پاستوریزه

- 1- شیر  2- شیر محلی نجوشیده  3- پنیر  4- خامه  5- کره  6- آغوز  7- سایر

نگهداری دام در محل سکونت 1- وجود سقط جنین دام در محل سکونت  2- نگهداری دام مجاور محل سکونت

سابقه واکسیناسیون دام های منطقه

- 1- دارد  2- ندارد

ابتلا سایر افراد خانواده:

- مورد بیماری: جدید  شکست درمان

تاریخ بروز علائم بیماری:

تاریخ تشخیص بالینی:

نتیجه آزمایش: رایت:

کومبس رایت:

2ME:

سایر آزمایشات:

نوع دارو:

- تتراسایکلین  داکسی سیکلین  استرپتومایسین  جنتامایسین  گوتريموکسازول  یفامپین  بر موارد ....

داروهای تجویز شده قبلی:

مدت درمان قبلی:

همانگی با اداره دامپزشکی انجام شده است؟

سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید.

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز: