

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی روستایی شهری نام واحد

نام خانه بهداشت روستای اصلی تیم تیم سیار میز پاسیو

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: مرد زن غیر باردار باردار

وضعیت تاهل: مجرد متاهل ملیت: ایرانی غیر ایرانی

آدرس کامل محل سکونت:

آدرس کامل محل کار:

تاریخچه بیماری:

واحد تشخیصی دهنده: تاریخ بروز علائم بیماری: محل شروع بیماری:

علائم و نشانه های بیماری: 1- تب 2- لرز 3- عرق 4- درد مفاصل 5- سایر علائم با ذکر نام:

نوع لام تهیه شده: اکتیو پاسیو تاریخ تهیه لام: تاریخ آزمایش: نوع انگل: مراحل انگل:

تاریخ سابقه قبلی ابتلا به بیماری مالاریا و نوع انگل: سابقه مسافرت از یکماه قبل دارد ندارد

محل های مسافرت با ذکر تاریخ: مدت اقامت: تاریخ دریافت خون: تاریخ اهداء خون:

درمان:

تاریخ شروع درمان: آیا درمان برابر دستورالعمل کشوری انجام گرفته است؟ بلی خیر توضیح دهید:

نتیجه بیماری: بهبود بستری فوت

تاریخ تهیه لام های تعقیب و نتیجه آن: بیماریهای زمینه ای و داروهای مصرفی:

عادات و شرایط محیط زندگی:

از پشه بند استفاده می کند: بلی خیر به در و پنجره های اماکن محل زندگی بیمکاری توری نصب می باشد بلی خیر

طی شبانه روز از وسایل خنک کننده استفاده می کند: بلی خیر سایر وسایل حفاظت فردی را نام ببرید:

بررسی کانون آلودگی:

نتایج بررسی حشره شناسی کانون آلودگی: تاریخ بررسی: جمعیت:

نتیجه بررسی زیت های لاروی: میانگین دما: میانگین رطوبت: نتیجه وفور گیری آنوفل بالغ:

سابقه عملیات مبارزه با ناقل در کانون آلودگی با ذکر تاریخ و مدت انجام آن (سمپاشی ابقایی، لارو کشی شیمیایی، مه پاشی)

نتیجه بررسی سابقه بیماری:

منابع جمع آوری لام	تعداد لام تهیه شده	تعداد مثبت	نوع انگل با ذکر تاریخ
از خانواده بیمار			
از کانون آلودگی			
از کانون های مجاور			

طبقه بندی اپیدمیولوژیک:

انتقال محلی وارد انتقال خون انتقال از وارد برگشت بیماری: عود ظهور مجدد عفونت مجدد

در صورت امکان انتقال پیشنهاد شما چیست؟