

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: 102-01-09
نام واحد:	مرکز بهداشت شمال تهران	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی انفرادی کزاز	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: ماهانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

کشور: ----- سال: ----- منبع خبر: -----  
تاریخ گزارش: -----/-----/----- نام گزارش دهنده: -----  
نام و آدرس مؤسسه: ----- شماره تلفن: -----

1- مشخصات بیمار:  
نام و نام خانوادگی: ----- تاریخ تولد: -----/-----/----- شغل: -----  
جنس: زن ----- مرد ----- نام پدر: ----- نام مادر: -----  
آدرس: -----  
ساکن شهر: ----- شهرستان: ----- استان: -----  
خانه بهداشت: ----- ساکن روستای: ----- تحت پوشش: -  
تیم سیار: -----

2- تاریخ و نوع ضایعه:  
تاریخ ایجاد ضایعه: -----/-----/-----  
نوع ضایعه: ----- محل زخم: ----- جراحی: -----  
صدمه: -----  
1- زخم پوستی  
2- محل تزریقات  
3- سوختگی  
4- بند ناف  
5- اوتیت میانی  
6- عفونت دندان  
7- سقط  
8- حاملگی  
9- جراحی روده  
10- نامعلوم

3- علائم و نشانه‌ها  
تاریخ بروز اولین علائم: -----/-----/-----

علائم:

بله	خیر
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

تاریخ بروز اولین اسپاسم ژنرالیزه ----/--/--

4- تاریخچه ایمن سازی

محل معمول ایمن سازی:

کلینیک دولتی: خانه بهداشت ----- تیم سیار ----- مرکز بهداشتی درمانی -----

کلینیک خصوصی: مطب: -----

آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بله ----- خیر -----

بله	خیر	نامشخص	تاریخ ایمن سازی	شماره سری واکسن
روز	ماه	سال	نوع واکسن دریافت شده*	
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

5- اگر بیمار نوزاد است:

آیا مادر علیه کزاز واکسینه شده است. بله - خیر -. آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بله ----- خیر -----

بله	خیر	نامشخص	تاریخ ایمن سازی	شماره سری واکسن
روز	ماه	سال	نوع واکسن دریافت شده	
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

آیا در مراقبتهای قبل از زایمان را دریافت کرده است. بله ----- خیر -----

اگر بله محل و تاریخ مراقبت -----

محل تولید کودک: بیمارستان ----- منزل ----- سایر(مشخص شود) -----

اگر زایمان در مؤسسه ای انجام شده است نام و آدرس آن مؤسسه را ذکر کنید:

-----

زایمان بوسیله چه کسی انجام شده است

پزشک ----- پرستار ----- ماما ----- مامای محلی  
} مامای دوره دیده -----  
سایر (مشخص شود) -----  
مامای دوره ندیده -----

نام و آدرس: -----

آیا نوزاد در دو روز اول تولد به طور طبیعی شیر خورده است؟ بله ----- خیر -----

آیا نوزاد در دو روز اول تولد به طور طبیعی گریه کرده است؟ بله ----- خیر -----

اگر خیر توضیح دهید: -----

آیا کودک بعداً دچار اشکال در مکیدن شده است؟ بله ----- خیر -----

اگر بله توصیف کنید. -----

آیا کودک بعداً دچار سفتی عضلات شده است؟ بله ----- خیر ----- نامشخص -----

آیا کودک بعداً دچار تشنج شده است؟ بله ----- خیر ----- نامشخص -----

شرح دهید که بند ناف چطور و با چه وسیله ای بریده شده است.

بند ناف چگونه پانسمان شده است؟ -----  
اطلاعات آزمایشگاهی

نتایج تیتر آنتی بادی	تاریخ دریافت جواب	تاریخ دریافت نمونه سرم خون مادر
-----	----/----/----	----/----/----
-----	----/----/----	----/----/----

6- وضعیت درمان و بستری

آیا بیمار بوسیله پزشک تحت درمان قرار گرفته است؟

بله ----- خیر ----- نام پزشک معالج ----- محل کار ----- تشخیص -----  
-----

آیا بیمار بستری شده است؟ بله ----- خیر ----- نام بیمارستان -----

شماره پرونده ----- تاریخ بستری شدن ----- /----- /-----

نوع درمان ارائه شده:

-----  
-----  
-----

نوع داروی تجویز شده:

-----

آیا بیمار مرده است؟

بله ----- خیر ----- اگر جواب مثبت است تاریخ مرگ ----- /----- /----- علت -----

در صورت بهبودی آیا عارضه‌ای ایجاد شده است؟ بله ----- خیر -----

نوع عارضه:

بله      خیر      نامشخص

1- شکستگی ----- بله ----- خیر ----- نامشخص ----- محل شکستگی -----

2- آمبولی ریه ----- بله ----- خیر ----- نامشخص -----

3- دهیدراتاسیون ----- بله ----- خیر ----- نامشخص -----

4- میوکاردیت ----- بله ----- خیر ----- نامشخص -----

5- عفونت باکتریال ----- بله ----- خیر ----- نامشخص ----- محل عفونت -----

6- آریتمی شدید

7- هیپرترمی

8- اسپاسم لارنکس

9- احتباس ادرار

نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه :.....

امضاء :

نام و سمت تکمیل کننده :