

نام مرکز / شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی کد فرم: 102-01-11

نام واحد: مرکز بهداشت شمال تهران تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای بثورات (موارد مشکوک سرخک- سرخچه) ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

دانشگاه/ دانشکده مرکز بهداشت شهرستان:

منطقه: (1- شهری 2- روستایی 9- نامشخص)

منبع گزارش: (1- خانه بهداشت 2- مرکز بهداشتی درمانی 3- بیمارستان دولتی 4- بیمارستان خصوصی 5- مطب 6- درمانگاه خصوصی 7- آزمایشگاه 8- سایر 9- نامشخص)

تاریخ دریافت گزارش: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: (1- مذکر 2- مؤنث) تاریخ تولد:

نشانی:

ملیت:

تعداد نوبتهای دریافت واکسن سرخک - سرخچه MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت):

سرخک:		سرخچه:	
نوبت اول	نوبت دوم	نوبت اول	نوبت دوم

یافته‌های بالینی:

تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات (1- ماکولوپاپولر 2- وزیکولر 3- سایر)

علائم تب: (1- دارد 2- ندارد 9- نامشخص) تاریخ شروع تب: سرفه: بزرگی غدد لنفاوی

آبریزش از بینی قرمزی ملتحمه چشم درد مفصل تورم مفاصل

آیا بیمار بستری شده است؟ بلی خیر نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی:

آیا بیمار فوت شده است؟ بلی خیر تاریخ فوت: علت مرگ:

منبع احتمالی عفونت: 1- آیا در طول 7 تا 18 روز قبل از شروع بثورات سابقه مسافرت داشته است؟ به کجا؟

2- آیا در طول 7 تا 18 روز قبل از شروع بثورات تماس با مورد قطعی سرخک داشته است؟

3- آیا مورد قطعی سرخک در این منطقه قبل از بروز این مورد وجود داشته است؟

این قسمت پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل گردد:	یافته‌های آزمایشگاهی:
نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:	1- تاریخ نمونه‌گیری خون: تاریخ ارسال نمونه:
نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:	2- تاریخ نمونه‌گیری ادرار: تاریخ ارسال نمونه:
نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:	3- تاریخ نمونه‌گیری حلق: تاریخ ارسال نمونه:
نتیجه آزمایش از نظر: سرخک <input type="checkbox"/> سرخجه <input type="checkbox"/> (1-مثبت 2-منفی 9-نامشخص)	
تاریخ طبقه‌بندی نهایی: تاریخ طبقه‌بندی نهایی:	
مردود: <input type="checkbox"/> **تشخیص نهایی ذکر گردد:	
تأیید شده <input type="checkbox"/> (1- سرخک 2- سرخجه)	
تأیید شده بوسیله: <input type="checkbox"/> (1-آزمایشگاه 2- بالینی 3- اپیدمیولوژیک)	
مشخصات بررسی‌کننده:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ بررسی:	امضاء:
سمت:	

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: