

## فرم بررسی موارد هیپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

نام شهرستان: بیمار: شهرستان: دانشگاه: سال: مرکز گزارش دهنده:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: شغل: تاهل: ملیت:

کد ملی: پزشک معالج: مرکز محل درمان: دولتی: خصوصی:

محل سکونت: نشانی و تلفن تماس:

نوع دارو:

Sofosbuvir  Daclatasvir  Velpatasvir  Ledipasvir  Tenofovir  DPF(TDF)  Tenofovir  Alfenamide(TAF)

پاسخ درمانی ضد ویروسی پایدار (SVR): نتیجه کیفی PCR: مثبت  منفی  نتیجه کمی PCR: .....:

واکسیناسیون: انجام شده  انجام نشده   
نوبت دوز دریافت شده (۰ تا ۳):  کارت  حافظه  تاریخ آخرین نوبت:

علت بررسی (کلیه موارد مرتبط علامت گذاری شود):

- ۱- بروز علائم هیپاتیت حاد  ۲- افزایش آنزیم های کبدی  ۳- سابقه اعتیاد تزریقی  ۴- حاملگی  ۵- نوزاد مادر آلوده  ۶- تماس جنسی مشکوک  ۷- افراد خانواده فرد آلوده  ۸- تزریق خون و یا فرآورده های خونی  ۹- دیالیز  ۱۰- شاغلین بهداشت و درمان  ۱۱- دریافت خدمات دندانپزشکی  ۱۲- پیگیری به علت آلودگی شناخته شده قبلی  ۱۳- اهداء خون یا عضو  ۱۴- بررسی داوطلبانه  ۱۵- بررسی فرد بدون علامت با عوامل زمینه ساز  ۱۶- سایر

اطلاعات بالینی فرد آلوده به هیپاتیت:

یافته های آزمایشگاهی		آیا دارای علامت بالینی است؟	
HBs Ag	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>	تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> سایر علائم <input type="checkbox"/>
HBe Ag	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	تاریخ بروز اولین علائم:	
IgM anti HBc	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	تاریخ تشخیص:	
IgM anti HBV	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	آیا بیمار به علت هیپاتیت بستری شده است؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
anti HCV Elisa	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	آیا بیمار در اثر هیپاتیت فوت شده است؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
anti HCV RIBA	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	آیا بیمار حامله است؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
anti HDV Ab	نا مشخص <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	آیا علائم بالینی سیروز دارد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>

SGOT SGPT U/A CBC Bilirubin

تشخیص نهایی:

هیپاتیت B  حاد  مزمن  هیپاتیت C  حاد  مزمن  هیپاتیت D  هیپاتیت حاد G  سایر هیپاتیت ها   
آلودگی های مزمن HBV بدون علامت و فعال  آلودگی HCV بدون علامت و فعال  ناقل غیر فعال  B  C  سیروز  سایر

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هیپاتیت حاد طی ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگی بر اساس سابقه قبلی تکمیل می گردد .

۱- آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هیپاتیت B یا C بوده است ؟ بلی  خیر  نامشخص

در صورت بلی نوع تماس : تماس جنسی  تماس غیر جنسی در خانواده  سایر  نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده هیپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است آدرس و تلفن :

۲- آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده های خونی داشته است ؟ بلی  خیر  نامشخص

در صورت بلی نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خون

۳- آیا تماس تصادفی شغلی ( پاشیدن خون ، فرورفتن سوزن و ... ) داشته است ؟ نام و آدرس مرکز مورد نظر بلی  خیر  نامشخص

۴- سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است ؟

۵- دیالیز  ۶- دندانپزشکی  ۷- خالکوبی  ۸- ازدواج ( دائم یا موقت )  ۹- جراحی  ۱۰- تزریق داروی غیر مخدر  ۱۱- سوراخ کردن گوش یا بینی  ۱۲- اقامت در زندان یا مرکز بازپروری  ۱۳- اندوسکوپی  ۱۴- تزریق مواد مخدر  ۱۵- حجامت  ۱۶- ختنه  ۱۷- سایر

در صورت مثبت شدن هر کدام از گزینه های فوق تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود .

در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان نام و محل مرکز انجام مراقبت های بارداری که به آن مراجعه می کنند :

آیا بیمار بستری است ؟ بلی خیر نام و محل بیمارستان

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

ملاحظات	نتایج آزمایشات مورد نیاز										تاریخ	تاریخ
	سایر	سونوگرافی کبد	aFP	PT	PLT	Alb	ALT	AST	Anti HBc	HBs – Ag	بررسی	تشخیص

در صورتی که HBsAg منفی باشد ، anti HBC انجام می گردد . در صورتی که هر دوی این تست ها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد .

در موارد آلودگی در مردان بالای ۴۰ سال بخصوص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش Afp و سونوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله شش ماه تا دوازده ماه توصیه می شود .