نام مرکز / شبکه	**دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی**	**کد فرم :۲۰-۰۱-۱۰۲**
نام واحد :	**معاونت امور بهداشتی**	**تاریخ تکمیل : / /**
	فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به سندرم سرخجه مادرزادی CRS	**ماه** ☐
	دوره تکمیل فرم : ماهانه	
نوع واحد : مرکز سلامت جامعه شهری ☐	**مرکز سلامت جامعه روستایی** ☐	**خانه بهداشت** ☐

منطقه: ☐ (۱- شهری ۲- روستایی ۹- نامشخص)

منبع گزارش: ☐ (۱- خانه بهداشت ۲- مرکز سلامت جامعه ۳- بیمارستان دولتی ٤- بیمارستان خصوصی ٥- مطب

٦- درمانگاه خصوصی ۷- آزمایشگاه ۸- سایر..... ۹ - نامشخص)

تاریخ دریافت گزارش:..... تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان: ..... تاریخ اعلام به مرکز بهداشت استان:.....

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار : .....

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: ☐ (۱- مذکر ۲- مونث) ملیت : تاریخ تولد:

تاریخ معاینه: وزن هنگام تولد: ..... سن دوران داخل رحمی (به هفته): ..... بستری در بیمارستان : بلی ☐ خیر ☐

نام بیمارستان : ..... شماره پرونده ..... نام پزشک معاینه کننده :..... تاریخ بستری : .....

درصورت فوت تاریخ فوت:..... علت فوت:.....

آدرس:.....

علائم کلینیکی :

گروه A : (۱= بلی ۲= خیر)

نقص شنوایی ☐ (یک گوش ☐ هردو گوش ☐) بیماری قلب ☐ کاتاراکت ☐ (یک چشم ☐ دوچشم ☐) گلوکوم ☐ (یک چشم ☐ دوچشم ☐) رتینوپاتی پیگمانته☐

توضیحات :- (بیماری قلبی توضیح داده شود) : .....

.....

گروه B : (۱= بلی ۲= خیر)

پورپورا ☐ مننگوآنسفالیت ☐ بزرگی طحال ☐ عقب ماندگی ذهنی ☐ زردی در ٢٤ ساعت اول تولد ☐ میکروسفالی☐

علائم رادیولوسنسی در رادیوگرافی استخوان ☐ سایر علائم ☐

توضیحات : - (سایر علایم توضیح داده شود) .....

.....

تاریخچه مادر: (۱= بلی ۲= خیر)

نام مادر ..... سن مادر ..... تعداد حاملگی قبلی مادر ..... سابقه ابتلاء مادر به بیماری سرخجه ☐

سابقه واکسیناسیون مادر(واکسن حاوی سرخجه) ☐ تاریخ آخرین نوبت واکسیناسیون(واکسن حاوی سرخجه) : .....

ابتلاء به سرخجه در زمان بارداری ☐ بثورات در زمان بارداری ☐ تاریخ شروع بثورات .....

.تب در زمان بارداری☐ تاریخ شروع تب.....

نتیجه مثبت آزمایشگاهی سرخجه ☐ نام آزمایشگاه : تماس در طی بارداری با فرد مبتلا به سرخجه (تب و بثورات جلدی) ☐

سابقه مسافرت در طی بارداری☐ (در صورت مثبت بودن نام محل و مدت مسافرت ذکر شود:).....

توضیحات : .....

یافته‌های آزمایشگاهی :

تاریخ جمع آوری نمونه خون: ..... تاریخ ارسال به آزمایشگاه ..... تاریخ دریافت نتیجه .....

طبقه بندی نهایی : ☐ (۱- تأئید تشخیص بالینی CRS ۲- تأئید آزمایشگاهیCRS ۳- CRI ٤- سایر)

مردود☐ تشخیص نهایی ذکر شود:

مشخصات بررسی کننده : نام و نام خانوادگی : سمت : تاریخ بررسی : امضا :

نام و سمت تکمیل کننده :	**امضاء :**	**نام و امضاء مسئول مرکز :**