

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: 102-01-23
نام واحد:	مرکز بهداشت شمال تهران	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی مندرجیت	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"/>

منبع خیر:

تاریخ گزارش: ----- مرکز گزارش دهنده: ----- نام آدرس مؤسسه: ----- شماره تلفن: -----

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: ----- نام پدر: ----- تاریخ تولد: ----- جنس: ----- شغل: ----- وضعیت تأهل: -----
آدرس:

وضعیت بستری:

نام بیمارستان: ----- شماره پرونده: ----- تاریخ بستری: ----- تاریخ شروع بیماری: -----

داروهای تجویز شده: آنتی بیوتیک کورتن طول درمان: -----

علائم نشانه‌ها:

نامشخص	بله	خیر	نامشخص	بله	خیر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پتشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پورپورا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبخال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سفتی گردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علائم عصبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

شکایات بیمار:

نامشخص	بله	خیر	نامشخص	بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سر درد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لرز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تهوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشنج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بثورات جلدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ انجام آزمایش: ----- نوع آزمایش: -----

آزمایش مایع نخاع:

شفافیت: کدر گزانتوکریم چرکی خونی

فشار: بالا پایین طبیعی

تعداد لنفوسیت به درصد -----

تعداد پولی نوکلئر به درصد -----

مقدار پروتئین -----

مقدار قند -----

کشت -----

نوع مننژیت -----

سوابق بیمار:

بله خیر نامشخص

بله خیر نامشخص

1- اوتیت میانی 5- ضربه به سر

2- ماستوئید 6- طحال برداری

3- سینوزیت 7- پنومونی

4- اندوکاردیت

بررسی اپیدمیولوژی

بله خیر نامشخص

تاریخچه تماس

مسافرت

عمل جراحی روی سر

عوارض بیماری:

1- اختلال اعصاب مغزی شماره عصب مغزی ----- 2- علائم عصبی موضعی 3- ادم مغزی

4- تشنج 5- وازیکولیت 6- افوزیون سابدورال 7- هیدروسفالی

8- ترمبوفلیبیت 9- آرتريت سپتیک 10- عفونت متاستاتیک 11- شوک سپتیک

12- کری: دائم موقت 13- پریکاردیت چرکی محل -----

14- سایر عوارض: -----

گروه‌هایی را که با بیمار تماس داشته در یک فهرست بنویسید: (نام مدرسه، مکان مذهبی، سربازخانه، گروه‌های اجتماعی دیگر)

نام گروه: ----- محل: ----- تاریخ تماس: -----

آیا بیمار دیگری در خانواده وجود دارد؟ بلی خیر

نسبت	جنس	سن	نام	تاریخ بروز علائم
----/----/---	-----	-----	-----	-----
----/----/---	-----	-----	-----	-----
----/----/---	-----	-----	-----	-----
----/----/---	-----	-----	-----	-----

اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس

اقدامات انجام شده	نسبت	جنس	سن	نام و نام خانوادگی
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

نتیجه درمان:
 بهبود فوت فوت تاریخ فوت -----/-----/-----

نام بررسی کننده: -----
امضاء -----
عنوان: -----
محل کار: -----
تاریخ: -----/-----/-----

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