



فرم بررسی موارد هپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

نام شهرستان.....
مرکز گزارش دهنده.....

بیمار
کد
شهرستان
دانشگاه
سال

نام و نام خانوادگی :
سن = کمتر از یکسال
نام پدر: جنس: شغل: وضعیت تاهل: کد ملی:.....
محل سکونت: شهرستان: شهر: روستا:
نشانی:.....
تلفن تماس:.....

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

علت بررسی (کلیه موارد مرتبط علامت گذاری شود):

- ۱- بروز علائم هپاتیت حاد ۲- افزایش آنزیمهای کبدی ۳- سابقه اعتیاد تزریقی ۴- حاملگی ۵- نوزاد مادر آلوده ۶- تماس جنسی مشکوک ۷- افراد خانوار فرد آلوده
۸- تزریق خون و یا فرآوردهای 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

یافته های آزمایشگاهی	اطلاعات بالینی فرد آلوده به هپاتیت:
HBs Ag	آیا دارای علامت بالینی است: 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 نامشخص منفی مثبت
HB e Ag	تاریخ بروز اولین علائم/...../..... نامشخص منفی مثبت
IgM anti HB c	تاریخ تشخیص/...../..... نامشخص منفی مثبت
IgM anti HB V	آیا بیمار به علت هپاتیت بستری شده؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نامشخص منفی مثبت
anti HCV Elisa	آیا بیمار در اثر هپاتیت فوت نموده؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> تاریخ فوت نامشخص منفی مثبت
anit HCV RIBA	آیا بیمار حامله بوده؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> سن حاملگی نامشخص منفی مثبت
anit HDV Ab	آیا علائم بالینی سیروز دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نامشخص منفی مثبت
SGOT.....SGPT.....Bilinbin.....U/A.....CBC.....	
Others:	

تشخیص نهایی:

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

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت 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 هپاتیت 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 هپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است آدرس..... تلفن:.....

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

در صورت بلی نوع فرآورده و تعداد 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؟

- ۹- دیالیز ۱۲- داندانپزشکی ۱۵- خالکوبی ۱۸- ازدواج (دائم یا موقت)
 ۱۰- جراحی ۱۳- تزریق داروی غیر مخدر ۱۶- سوراخ کردن گوش یا بینی ۱۹- اقامت در زندان یا مرکز بازپروری
 ۱۱- آندوسکوپی ۱۴- تزریق مواد مخدر ۱۷- حجامت ۲۰- ختنه ۲۱- سایر.....

در صورتی که هر یک از موارد ۹-۲۰ مثبت است 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 کند

آیا بیمار بستری است؟ بلی خیر نام محل و بیمارستان

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

ملاحظات	نتایج آزمایشات مورد نیاز									تاریخ بررسی	تاریخ تشخیص
	سایر	سونوگرافی کبد	FP	PT	PLT	Alb	AST	antiHBc	HBs-Ag		

در صورتی که HBs-Ag منفی باشد antiHBc 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 بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش FP و سونوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله شش تا دوازده ماه توصیه می شود.

نام و سمت گزارشگر..... تاریخ گزارش:/...../..... امضاء: