

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت درمان شهرستان .....

تاریخ تکمیل فرم: / /

فرم بررسی موارد محتمل / قطعی تب دنگی، چیکن گونیا، زیکاویروس

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار: .....	کد ملی: .....	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> (باردار <input type="checkbox"/> شیرده <input type="checkbox"/> )	سن: ..... سال و ..... ماه
آدرس بیمار: شهر/روستا: .....	عرض جغرافیایی محل سکونت بیمار(تا 4 رقم اعشار): .....	طول جغرافیایی محل سکونت بیمار(تا 4 رقم اعشار): .....	

سابقه بالینی

سابقه بیماری زمینه ای: (مثال در پایین فرم ▲)	تاریخ شروع علائم: (روز/ماه/سال) .....	اولین مراجعه به پزشک: .....	*در صورت سابقه بستری: تاریخ بستری: .....	تاریخ بهبودی کامل (در پایان ماه 1 و 3 از شروع علائم پیگیری شود): .....
دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	توضیحات: .....	علائم بیماری: تب <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> درد مفاصل / مفاصل <input type="checkbox"/> درد عضلات <input type="checkbox"/>	طول بستری: ..... روز	
در سیر بیماری کدام داروها را مصرف نموده است؟ کورتیکوستروئید <input type="checkbox"/>	ضدالتهاب خانواده NSAID (مانند بروفن و ...): <input type="checkbox"/>	التهاب مفاصل (گرمی، قرمزی، تورم مفاصل) <input type="checkbox"/>	درد پشت چشم <input type="checkbox"/>	تهوع/استفراغ <input type="checkbox"/>
در سیر بیماری کدام یک از عوارض بیماری رخ داده است؟	انسفالیت <input type="checkbox"/>	اسهال <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> گلو درد <input type="checkbox"/> درد عضله ساق پا <input type="checkbox"/>	اختلال عصبی: حسی <input type="checkbox"/> (نوروپاتی محیطی) <input type="checkbox"/> حرکتی <input type="checkbox"/> (شبه گیلن باره <input type="checkbox"/> )	
درد/التهاب تحت حاد <input type="checkbox"/>	عوارض چشمی <input type="checkbox"/>	خونریزی خفیف (پتشی، خونریزی از لثه، خونریزی از بینی، کبودی شدید، ...)	خونریزی شدید (استفراغ خونی، سرفه خونی، مدفوع خونی، تشدید خونریزی ماهیانه زنانه، ...)	
معیارهای آزمایشگاهی کمک کننده در تشخیص: لکوپنی <input type="checkbox"/> (شمارش WBC: ..... تعداد لمفوسیت: ..... تعداد نوتروفیل: .....)	افزایش هماتوکریت <input type="checkbox"/> (شمارش هماتوکریت: .....)	کاهش پلاکت <input type="checkbox"/> (شمارش پلاکت: .....)	افزایش آنزیم های کبد <input type="checkbox"/> (ALT: ..... AST: .....)	سایر آزمایشات مهم بیمار: .....

سابقه اپیدمیولوژیک

سابقه سفر به منطقه پرخطر بیماری (گردش فعال ویروس) در 3 ماه گذشته؟ خارج از استان: بلی <input type="checkbox"/> نام استان مقصد: .....	خارج از کشور: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام کشور مقصد: .....
تاریخ بازگشت به ایران: ...../...../.....	تاریخ بازگشت به ایران: ...../...../.....
وضعیت بیمار محتمل/قطعی چیکن گونیا 3 ماه بعد از آغاز علائم: بهبود <input type="checkbox"/> تداوم علائم مفصلی <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	وضعیت بیمار محتمل/قطعی زیکاویروس) آیا بیمار سابقه تماس جنسی با مورد قطعی/محتمل بیماری زیکاویروس در طی 6 ماه گذشته داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
*سرانجام جنین در صورتی که بیمار باردار بوده است: تولد نوزاد زنده ترم <input type="checkbox"/> تولد نوزاد زنده پره ترم <input type="checkbox"/> زایمان جنین مرده <input type="checkbox"/>	وضعیت سلامت نوزاد: سالم <input type="checkbox"/> ناسالم <input type="checkbox"/>

نمونه ارسالی

تاریخ تهیه نمونه اول سرم: ...../...../..... نتیجه: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	تاریخ تهیه نمونه دوم سرم: ...../...../..... نتیجه: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

▲ بیماری های زمینه ای مانند: دیابت، فشار خون بالا، بیماری قلبی، کلسترول بالا، چربی خون بالا، سکتة قلبی، سکتة مغزی، بیماری کلیوی، بیماری کبدی، بیماری تیروئید، آسم یا سایر بیماری های ریوی، بیماری زمینه ای مفاصل، سرطان

نام کاردان/کارشناس پیگیری کننده:

نام پزشک تکمیل کننده فرم: (به همراه مهر و امضاء)