

نام استان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان
 نوع واحد تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت پایگاه بهداشت شهری مرکز بهداشتی درمانی مرکز خدمات جامع سلامت مطب/درمانگاه خصوصی بیمارستان جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی)
 پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مکان تجمعی نوع مکان تجمعی (مدرسه، سرای سالمندان، مهد کودک، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه، اردوگاه، کمپ، مرکز DIC و ...) نام مرکز:

احضار اطلاعات بیمار بستری (فقط در Application)	نام و نام خانوادگی بیمار: کد ملی <input type="text"/>
	تاریخ تولد:/...../..... ۱۳..... سن <input type="text"/> سال <input type="text"/> ماه <input type="text"/> (توسط سیستم محاسبه می شود) نام پدر: ----- جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
آدرس دقیق محل سکونت: آدرس محل کار منطقه مسکونی: <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> حاشیه شهر وضعیت بیمار در هنگام نمونه گیری: <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> فوت	شغل: <input type="text"/> ملیت <input type="text"/>
۲- تاریخ های مهم: تاریخ مراجعه به پزشک:/...../..... ۱۳..... تاریخ تکمیل فرم:/...../..... ۱۳..... تاریخ بستری بیمار:/...../..... ۱۳..... تاریخ نمونه گیری:/...../..... ۱۳..... تاریخ ارسال نمونه:/...../..... ۱۳..... تاریخ شروع تب و راش:/...../..... ۱۳.....	
۳- نوع نمونه: <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> مایع مغزی نخاعی <input type="checkbox"/> سواب گلو <input type="checkbox"/> سواب رکتال <input type="checkbox"/> سواب سرویکس <input type="checkbox"/> نمونه ضایعه پوستی <input type="checkbox"/> نمونه مغز استخوان <input type="checkbox"/> کشت	
۴- سابقه مسافرت طی ۸ ماه گذشته: در صورت مسافرت داخلی نام استان مقصد را بنویسید: در صورت مسافرت خارجی نام کشور مقصد را بنویسید: تاریخ مسافرت:/...../..... ۱۳.....	
۵- مواجهه با عوامل خطر طی سه هفته قبل: تاریخ مواجهه با عامل خطر:	
<input type="checkbox"/> تماس با افراد مبتلا به زخم های پوستی مترشح و یا چرکی <input type="checkbox"/> تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم <input type="checkbox"/> تماس با بیمار با علائم مشابه <input type="checkbox"/> تماس با حیوانات اهلی یا وحشی/ خون یا بافت و یا پوست و پشم آن ها <input type="checkbox"/> گزش توسط بندپایان مثل / پشه خاکی / کنه <input type="checkbox"/> سابقه بیماری در دام های منطقه (سیاه زخم) <input type="checkbox"/> اقامت در اردوگاه و اماکن بسته و اماکن تجمعی	
۶- علائم بیمار در بدو مراجعه: تاریخ شروع علائم/...../..... ۱۳.....	
فهرست تشخیصی های افتراقی تب و راش غیر ماکولوپاپولر ۱. آبله مرغان ۲. آبله ۳. سیاه زخم پوستی ۴. استافیلوکوک ۵. تولارمی پوستی ۶. جرب Scabies ۷. لیشمانیوز پوستی ۸. گنوکوک منتشر ۹. سیفلیس ثانویه ۱۰. واکنش های دارویی ۱۱. بیماری های ناشناخته (نوپدید و بازپدید)	علائم عمومی <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> لرز تکان دهنده <input type="checkbox"/> احساس بیحالی/ضعف عمومی <input type="checkbox"/> احساس خستگی <input type="checkbox"/> بیقراری <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> میالژی (کوفتگی عضلات) <input type="checkbox"/> درد عمومی بدن <input type="checkbox"/> آرتريت <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تورم (التهاب) ملتحمه <input type="checkbox"/> Low back pain کمردرد <input type="checkbox"/>
	محل بثورات پوستی <input type="checkbox"/> صورت <input type="checkbox"/> سر و گردن <input type="checkbox"/> دست <input type="checkbox"/> ساعد <input type="checkbox"/> تنه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> ساق <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> تعداد ضایعات: اندازه ضایعه (به سانتیمتر)
	نوع بثورات پوستی <input type="checkbox"/> وزیکول <input type="checkbox"/> تاول <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ضایعه اولیه ماکولوپاپولر و سپس تاولی شدن <input type="checkbox"/> زخم (Ulcer) غیر تروماتیک <input type="checkbox"/> زخم های بین انگشتان، سطح داخلی مچ و آرنج و قسمت های چین دار بدن <input type="checkbox"/> تورم اطراف ضایعه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> خارش <input type="checkbox"/> خارش شبانه (شدید) <input type="checkbox"/> تورم اطراف ضایعه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> راش اولیه ماکولوپاپولر سپس تاولی و بعد از ۲ تا ۶ روز به جوشگاه سیاه رنگ تبدیل شود <input type="checkbox"/> زخم پوستی طول کشیده بیش از دو هفته
	<input type="checkbox"/> راش اولیه ماکولوپاپولر با درگیری کف دست و پا که به سمت وزیکول پیشرفت کرده است
	<input type="checkbox"/> یک یا چند زخم چرکی و ایجاد تاول
	<input type="checkbox"/> راش اولیه ماکولوپاپولر با درگیری کف دست و پا که به سمت وزیکول پیشرفت کرده است
	<input type="checkbox"/> راش اولیه ماکولوپاپولر با درگیری کف دست و پا که به سمت وزیکول پیشرفت کرده است
	<input type="checkbox"/> راش اولیه ماکولوپاپولر با درگیری کف دست و پا که به سمت وزیکول پیشرفت کرده است

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
 نظام مراقبت سندرمیک - سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب

نام استان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان
 نوع واحد تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت پایگاه بهداشت شهری مرکز بهداشتی درمانی مرکز خدمات جامع سلامت مطب/درمانگاه خصوصی بیمارستان جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی)
 پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مکان جمعیتی نوع مکان جمعیتی (مدرسه، سرای سالمندان، مهد کودک، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه، اردوگاه، کمپ، مرکز DIC و ...) نام مرکز:

<input type="checkbox"/> ضایعه در اطراف جوشگاه سالک (عود)	<input type="checkbox"/> اسپیروتریکوئید
تورم غدد لنفاوی	
<input type="checkbox"/> گردنی خلفی	<input type="checkbox"/> گردنی قدامی
<input type="checkbox"/> آگزیلری	<input type="checkbox"/> آگزیلری
<input type="checkbox"/> کشاله ران	<input type="checkbox"/> ژنرالیزه
علائم تنفسی	
<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> تنگی نفس
علائم گوارشی فوقانی و تحتانی	
<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> بی اشتها
<input type="checkbox"/> استفراغ	<input type="checkbox"/> دل درد
<input type="checkbox"/> اسهال	

۷- سابقه بیماری قبلی :			
<input type="checkbox"/> بیماری مزمن قلبی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کبدی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کلیوی	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> فقدان/برداشت	<input type="checkbox"/> سوء تغذیه	<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> دریافت پیوند
طحال			
<input type="checkbox"/> نقص سیستم ایمنی	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS		

۸- سابقه پروفیلاکسی قبل از شروع علائم (داروی آنتی بیوتیک و یا داروی ضد ویروسی): <input type="checkbox"/>		۹- سابقه مصرف اخیر یا مداوم دارو :	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی	<input type="checkbox"/> آنتی بیوتیک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داروهای ضد تشنج و باربیتوراتها	<input type="checkbox"/> داروهای سولفا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

اطلاعات گزینه ۱۰ به بعد برای بیماران بستری در بیمارستان تکمیل شود

توجه : در قسمت آنتی بیوتیک داروهای توصیه شده ذیل
 Rifampin, Penicillin, Ceftriaxone, Streptomycin, Cefazolin, Cloxacillin, Vancomycin, Doxycycline, Azithromycin, Targocid, Glucantime, Gamabenzene Hydrochloride (GBH,Lindane), Ivermectin, Permethrin, Dimeticone, Amphotericin
 را میتوانید وارد نمایید

۱۰- مصرف داروهای آنتی بیوتیک فعلی و قبلی برای این بیماری :				۱۱- مصرف داروی ضد ویروس Acyclovir <input type="checkbox"/>			
نوع دارو	تاریخ آغاز	تاریخ پایان	نوع عارضه	نوع دارو	تاریخ آغاز	تاریخ پایان	نوع عارضه
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>

۱۲- درمان های حمایتی:	اکسین تراپی:.....	آنتی هیستامین.....
مایع وریدی/ مقدار مصرف
کرایوتراپی

نام استان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان

نوع واحد تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت پایگاه بهداشت شهری مرکز بهداشتی درمانی مرکز خدمات جامع سلامت مطب/درمانگاه خصوصی بیمارستان جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی) پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مکان جمعی نوع مکان جمعی (مدرسه، سرای سالمندان، مهد کودک، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه، اردوگاه، کمپ، مرکز DIC و ...) نام مرکز:

تعریف سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب: به راهنمای آموزش نظام مراقبت سندرمیک برای بهورز، کارشناس بهداشت و پزشکان مراجعه شود
 مشاغل مهم (در معرض خطر) در سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب: خانم خانه دار، پزشک، پیراپزشک، دامپزشک، کارکنان بهداشتی درمانی، قصاب، دامدار، کشاورز، محیط بانان / جنگلبان، شکارچی، محصل، نظامی، راننده، کارگر، کارمند، بیکار، سایر مشاغل
 در قسمت تماس با دام / حیوان اهلی / صاحب دار نام حیوانات ذیل در کومبویاکس لحاظ شود: گاو، گوسفند، بز، گاو میش، گربه، سگ، شتر، اسب، الاغ
 در قسمت تماس با حیوان وحشی / مهاجم نام حیوانات ذیل در کومبویاکس لحاظ گردد: شغال، روباه، گرگ، گراز، خرس، پلنگ، خفاش، میمون
 در قسمت تماس / گزیدگی توسط جوندگان نام جوندگان در کومبویاکس درج گردد: موش خانگی، موش صحرائی، خرگوش، موش خرما، همستر، راسو،

۱۳- عوارض ناشی از بیماری های ایجاد کننده راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب

عوارض قلبی عروقی	عوارض سیستم عصبی مرکزی	عوارض خونی	عوارض گوارشی / اسکلتی	سایر عوارض
<input type="checkbox"/> اندوکاردیت	<input type="checkbox"/> آنسفالیت	<input type="checkbox"/> سپتی سمی	<input type="checkbox"/> التهاب چرکی مفاصل	<input type="checkbox"/> عفونت ثانویه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مننگوآنسفالیت	<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> استئومیلیت	<input type="checkbox"/> پنومونی ویروسی و یا باکتریایی
				<input type="checkbox"/> لنفانزیت

۱۴- سرانجام بیمار

بهبودی	فوت در بیمارستان	تاریخ فوت:	فوت در خارج از بیمارستان	تاریخ فوت:
<input type="checkbox"/> بهبود یافته	نام بخشی که بیمار در آن فوت شده:			
<input type="checkbox"/> بهبود نسبی (همراه با عرضه)	<input type="checkbox"/> بخش مراقبتهای ویژه (ICU, NICU, PICU, CCU)			
<input type="checkbox"/> تحت درمان سرپایی	<input type="checkbox"/> عفونی <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> اطفال <input type="checkbox"/> گوارش <input type="checkbox"/> اورژانس			
<input type="checkbox"/> تحت درمان بستری	<input type="checkbox"/> سایر بخش ها			
<input type="checkbox"/> تداوم درمان پس از ترخیص				

۱۷- نام و نام خانوادگی گزارشگر: سمت: امضاء:

۱۸- نام و نام خانوادگی بررسی کننده اصلی: سمت: امضاء:

براساس نتایج آزمایشات روتین و اختصاصی و سوابق اپیدمیولوژیک، مورد سندرم که مورد مظنون به یکی از بیماریهای مندرج در فهرست میباشد تبدیل به مورد محتمل یا قطعی یکی از آن بیماریها خواهد شد.

یافته های (نتایج) آزمایشات اختصاصی که بعداً توسط آزمایشگاه باید به اطلاعات فرم بیمار افزوده شود موارد ذیل میباشد:

اسمیر: مثبت منفی کشت: مثبت منفی PCR: مثبت منفی

سایر آزمایشات تخصصی: