

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| نام مرکز / شبکه          | دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی                | کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۳   |
| نام واحد:                | معاونت امور بهداشتی   | تاریخ تکمیل: / /  |
| نوع واحد: ستاد شهرستان   | فرم شماره ۲- بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا | ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>                   | خانه بهداشت <input type="checkbox"/> صفحه ۱               |
| <input type="checkbox"/> | مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>                |   |

۱- شماره سریال:

۲- تاریخ: ( / / ) ۳- نام پرستگر:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| بخش ۱: مشخصات بیمار         |   |
| ۴- نام بیمار:               | ۵- نام خانوادگی بیمار:  |
| ۶- سن:                      | ۷- جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> ۸- ملیت: |
| ۹- شغل بیمار:               | ۱۰- نام مرکز درمانی:  |
| ۱۱- آدرس کامل و تلفن بیمار: |   |

|                               |  |   |  |                                   |  |
|-------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|--|
| بخش ۲: شرح حال و علائم بالینی |  |   |  |                                   |  |
| علائم بالینی                  | ۱۲- استفراغ  | ۱۳- تهوع                                  | ۱۴- بی اشتهایی                           | ۱۵- تب                            | ۱۶- درد شکم  |
|                               | ۱۷- مدفوع خونی                                     | ۱۸- سردرد                                 | ۱۹- بیحالی                               | ۲۰- غیره                          | ۲۱- درجه حرارت بیمار: (برحسب °C):  |
|                               | ۲۲- حداکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت             | ۲۳- بدبو <input type="checkbox"/>         | ۲۴- سیاه <input type="checkbox"/>        | ۲۵- خونی <input type="checkbox"/> | ۲۶- بلغمی <input type="checkbox"/>   |
|                               | ۲۷- آبکی <input type="checkbox"/>                  | ۲۸- تاریخ شروع اولین علامت بیمار: ( / / ) | ۲۹- ساعت شروع اولین علامت بیمار: am / pm | ۳۰- روز:                          | ۳۱- ساعت:  |
|                               | ۳۲- آب و الکترولیت خوراکی <input type="checkbox"/> | ۳۳- سرم <input type="checkbox"/>          | ۳۴- آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> | ۳۵- غیره <input type="checkbox"/> | ۳۶- در صورت مصرف آنتی بیوتیک طول مدت مصرف آن تا به حال: روز ۳۷- نوع آنتی بیوتیک مصرفی: |

مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۳

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۲- بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا

ماه  سال

دوره تکمیل فرم: در موارد وقوع طغیان

نوع واحد: ستاد شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت  صفحه ۲

### بخش ۳: اطلاعات مربوط به تماس‌ها

۳۸- آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده‌اش که بیماری مشابهی داشته در تماس بوده؟ بلی  خیر   
(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمایید:)

۳۹- آیا بیمار با یکی از دوستان یا همکاران یا همکلاسانش که بیماری مشابهی داشتند در تماس بوده؟ بلی  خیر   
(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمایید:)

۴۰- آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟ بلی  خیر

۴۱- محل مسافرت: ..... ۴۲- تاریخ رفت: ( / / ) ۴۳- تاریخ برگشت: ( / / )

۴۴- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟ بلی  خیر   
۴۵- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر فرمایید:

### بخش ۴: عوامل محیطی

۴۶- منبع آب آشامیدنی بیمار: - آب لوله‌کشی (شهری)  - چاه آب  - چشمه  - تانکر آب   
- غیره ذکر فرمایید:

۴۷- چه نوع از دفع فاضلاب در منزل مورد استفاده می‌باشد؟ - چاه فاضلاب  - سیستم کانال‌کشی فاضلاب شهری   
- سیستم دفع فاضلاب ندارد (توضیح دهید):

مرکز / شبکه  
نام واحد:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۳

تاریخ تکمیل: / /

ماه  سال

فرم شماره ۲- بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا

دوره تکمیل فرم: در موارد وقوع طغیان

مرکز بهداشتی درمانی شهری  مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد: ستاد شهرستان

خانه بهداشت  صفحه ۳

بخش ۵: منابع غذایی احتمالی (تاریخچه سه روزه غذا)

۴۸- صبحانه: (در همان روز شروع علائم):

۴۹- ناهار:

۵۰- شام:

۵۱- سایر وعده‌ها و نوشیدنی‌ها:

۵۲- صبحانه: (یک روز قبل از شروع علائم)

۵۳- ناهار:

۵۴- شام:

۵۵- سایر وعده‌ها و نوشیدنی‌ها:

۵۶- صبحانه: (دو روز قبل از شروع علائم)

۵۷- ناهار:

۵۸- شام:

۵۹- سایر وعده‌ها و نوشیدنی‌ها

۶۰- صبحانه: (سه روز قبل از شروع علائم)

۶۱- ناهار:

۶۲- شام:

۶۳- سایر وعده‌ها و نوشیدنی‌ها:

۶۴- این مراجعه، چندمین مراجعه بیمار فوق به این مرکز به دلیل همین بیماری می‌باشد؟

۶۵- نام رستوران یا غذاخوری که در هفته گذشته در آن غذا خورده‌اید. ....

۶۶- نام دو فروشگاه یا سوپرمارکت که اغلب مواد غذایی را از آن تهیه می‌کنید. ....

۶۷- آیا در هفته گذشته در مجلس مهمانی - جشن عروسی و تولد یا عزاداری غذا خورده‌اید؟  خیر  بلی

در صورت بلی آدرس آن را ذکر کنید: .....

بخش ۶: تشخیص نهایی بیمار

۶۸- عامل اسهال حاد در بیمار بر اساس انجام آزمایشات تشخیصی:

ملاحظات:

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز

