

فرم گزارش تلفنی و بررسی اپیدمیولوژیکی بیماری وبا در ایران

مراقبت التور: **فرم شماره ۷ (فرم شماره ۶ و ۸ قدیم) آیتم های با علامت * تلفنی و فوری و آیتم های بدون * پس از تکمیل ثبت و گزارش شود**

<input type="text"/>	کد مرکز مدیریت *
در این قسمت نام کاربری یا User name شهرستان ثبت گردد .	
<input type="text" value="1390"/>	سال *
<input type="text"/>	ماه *
<input type="text"/>	نام مرکز بهداشتی درمانی
چنانچه فرد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی می باشد نام آن ثبت شود	
<input type="text"/>	نام خانه بهداشت
چنانچه فرد تحت پوشش خانه بهداشت می باشد نام آن ثبت شود	
<input type="text"/>	نام خانوادگی و نام بیمار *
نام خانوادگی را ابتدا و سپس با یک فاصله نام را درج نمایید	
<input type="text"/>	نام پدر
<input type="text"/>	کد ملی
کد ملی را بدون خط فاصله درج نمایید. البته فعلا اجباری به نوشتن کد ملی نیست (برای آینده طراحی شده است)	
<input type="text" value=""/>	تاریخ تولد *
تاریخ تولد تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.	
<input type="text"/>	جنس *
<input type="text"/>	منطقه سکونت *

<input type="text"/>	شغل
<input type="text"/>	وضعیت ازدواج
<input type="text"/>	میزان تحصیلات
<p>تاریخ بروز تاریخ <input type="text"/> </p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ ظهور اولین نشانه گوارشی بیماری (از قبیل تهوع - استفراغ - اسهال و ...)</p>	تاریخ بروز *
<p><input type="text"/></p> <p>نام واحد تهیه کننده نمونه مدفوع ذک شود</p>	واحد تهیه کننده نمونه
<p><input type="text"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	نوع نمونه تهیه شده
<p>تاریخ تهیه نمونه تاریخ <input type="text"/> </p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	تاریخ تهیه نمونه *
<p>تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه تاریخ <input type="text"/> </p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه *
<p>تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه تاریخ <input type="text"/> </p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ اعلام جواب مثبت آزمایشگاه ذکر شود</p>	تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه *
<p>تاریخ گزارش شهرستان به استان تاریخ <input type="text"/> </p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.</p>	تاریخ گزارش شهرستان به استان *
<p><input type="text"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	سروتایپ *
<p><input type="text" value="التور"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	بیوتایپ *
<p><input type="text" value="O1"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	سرو گروپ *

ملیت *

ایرانی

ملیت: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

ملیت بیمار را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت داشتن دیگر ملیت ها در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید کلیک نموده و ملیت را تایپ کنید .

وارد از *

مورد داخلی

وارد از: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

نام کشور وارده را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت وارد شدن از سایر کشورها، نام کشور را در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید تایپ کنید .

طبقه بندی وضعیت بالینی بیمار *

وضعیت بالین مورد مثبت در هنگام نمونه برداری نوشته شود .

وضعیت درمان *

بیمار در مراجعه سرپایی یا بستری کشف شده است؟

نتیجه درمان بیمار مبتلا به وبا

نتیجه درمان بیمار مبتلا به وبا: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت داشتن عارضه نام عارضه در باکس فوق (مقدار خودتان را وارد کنید) تایپ شود .

تاریخ فوت



تاریخ فوت تاریخ

تعداد اعضاء خانواده بیمار

تعداد افراد مبتلا در خانواده

آدرس دقیق

اسهال آبکی

مربوط به یافته های کلینیکی	
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	اسهال خونی
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	تهوع
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	استفراغ
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	کرامپ شکمی
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	درد عضلانی
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	تب
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	سر درد
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	غرغر شکمی
<input type="text"/>	سایر علائم
<input type="text"/>  تاریخ بستری تاریخ	تاریخ بستری
<input type="text"/>  تاریخ ترخیص تاریخ	تاریخ ترخیص
<input type="text"/>	طول مدت بیماری
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	جراحی معده

<input type="checkbox"/>	دیابت
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	نقص سیستم ایمنی
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	بیماری کبد
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	سرطان
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	پیوند کلیه
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	آنتی اسید
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	شیمی تراپی
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="checkbox"/>	دارو های تضعیف کننده سیستم ایمنی
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="text"/>	گروه خونی بیمار
مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	
<input type="text"/>	آیا یک هفته قبل مسافرت داشته است
اگر بله به سوال بعدی دقیق پاسخ دهید	
<input type="text"/>	نام محل های مسافرت و تاریخ ورود و خروج هر محل
<input type="checkbox"/>	مسافرت خارج از کشور
مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	

ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود)

ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود): انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

تهیه غذا از دست فروش ها

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

استفاده از غذای مشترک

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا از اغذیه فروشی

بله
خیر
مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا در رستوران

بله
خیر
مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا در مراسم ها(عروسی،ختم،سفره نذری ...)

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا در مراکز تجمعی(شبانه روزی،خوبگاهها،پادگانها، و)

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف سبزی خام ضد عفونی نشده

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف میوه نشسته و ضد عفونی نشده

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف سالاد و کاهو ضد عفونی نشده

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف بستنی محلی و سنتی (غیر پاستوریزه)

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف آب هویج

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذای پخته خارج از یخچال نگهداری شده

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف ماهی،میگو،صدف نیم پز یا خام

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

تماس با افراد مبتلا به وبا

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

تماس با فرد مبتلا به اسهال

* تماس با فرد مبتلا به اسهال: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت بله آدرس در باکس فوق نوشته شود

نشستن دستها قبل از غذا و بعد از توالیت با آب و صابون

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

آیا در منطقه همه گیری وبا وجود دارد

سایر عوامل خطر نیز ذکر شود

مصرف آب شرب از لوله کشی

مربوط به منابع آب آشامیدنی است

مصرف آب شرب از رودخانه

مربوط به منابع آب آشامیدنی

مصرف آب شرب از چشمه

مربوط به منابع آب آشامیدنی

<input type="checkbox"/>	مصرف آب شرب از چاه
مربوط به منابع آب آشامیدنی	
<input type="checkbox"/>	مصرف آب شرب از قنات
مربوط به منابع آب آشامیدنی	
<input type="checkbox"/>	مصرف آب شرب از تانکر
مربوط به منابع آب آشامیدنی	
<input type="checkbox"/>	مصرف آب شرب از آبهای مزارع و باغات
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox"/>	مصرف یخ غیر بسته بندی یا غیرخانگی
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox" value="بله"/>	مصرف آب شرب از شیرهای پارکها
مربوط به منابع آب آشامیدنی	
<input type="checkbox"/>	مصرف آب شرب از مخازن آب کنار معابر
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox"/>	سایر منابع آب آشامیدنی
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox"/>	وضعیت آب آشامیدنی
<input type="checkbox"/>	شنا در استخر ها
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox"/>	شنا در کانالها و رودخانه و برکه ها
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox"/>	شنا کردن در دریا
مربوط به منابع آب آشامیدنی است	
<input type="checkbox"/>	آیا قبل از بیماری اخیر درمان پیشگیرانه شده است

تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی



تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی تاریخ

مدت مصرف دارو آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی

مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی

مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت مصرف نام داروها در باکس فوق نوشته شود

اگر علائم خفیف است مقدار ORS مصرف شده

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

اگر علائم متوسط است مقدار ORS مصرف شده در ۴ ساعت اول

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

اگر علائم شدید است مقدار ORS مصرف شده بر حسب kg/ml در ۴ ساعت اول

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

نوع مایع وریدی مصرفی

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

تاریخ تکمیل فرم



تاریخ تکمیل فرم تاریخ

نام و نام خانوادگی بررسی کننده

نام و نام خانوادگی بررسی کننده را با یک فاصله تایپ کنید

نام خانوادگی و نام گزارشگر