

نام مرکز / شبکه  
نام واحد:

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

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۱  
تاریخ تکمیل: / /  
ماه

فرم گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن رده محیطی

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

همکار محترم:

بیمارستان:

فیزیوتراپی:

مرکز بهداشتی درمانی شهری:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

خانه بهداشت:

مطب پزشک:

تیم سیار:

پایگاه بهداشتی:

اردوگاه مهاجرین:

خواهشمند است در صورت مشاهده موارد بیماریهای زیر مراتب را با ذکر مشخصات و نشانی دقیق به مرکز بهداشت متبوع خود گزارش فرمایید. در صورت عدم مشاهده بیماری ذکر موارد صفر این بیماری الزامی است.

نشانی	در صورت بروز موارد			موارد صفر	تعداد موارد	موارد مظنون بیماری	ردیف
	نام و نام خانوادگی	سن	تاریخ بروز علائم				
						فلج شل حاد	۱
						سرخک	۲
						سرخچه	۳
						سندرم سرخچه مادرزادی	۴
						کزاز نوزادی	۵
						دیفتری	۶
						سیاه سرفه	۷
						مننژیت	۸
						عوارض جانبی ناشی از واکسن	۹

نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده:

مرکز / شبکه

نام واحد:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک

دوره تکمیل فرم: هفتگی

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۲

تاریخ تکمیل: / /

ماه

(۸) درصد تحقق بازدیدها	(۷) تعداد بازدید انجام شده	(۶) نکر دلایل عدم گزارش	(۵) جمع موارد فلج شل حاد و سرخک و سرخجه مادرزادی						(۴) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک و سرخجه مادرزادی در مدارک پزشکی بیماران سرپایی						(۳) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک و سرخجه مادرزادی در مدارک پزشکی بیماران بستری						(۲) تعداد بخشهای موجود	(۱) بخشها
			گزارش نشده			گزارش شده			گزارش نشده			گزارش شده			گزارش نشده			گزارش شده				
			سرخجه مادرزاد ی	سر خک	فلج شل حاد	سر خجه مادر زاد ی	سرخ ک	فلج شل حاد	سرخ جه مادرزا دی	سر خک	فلج شل حاد	سرخ جه مادر زادی	سرخ ک	فلج شل حاد	سرخجه مادرزاد ی	سرخ ک	فلج شل حاد	سرخ جه مادرز ادی	سرخ ک	فلج شل حاد		
																					عفونی	
																						توانبخشی
																						مدارک پزشکی
																						اعصاب
																						کودکان
																						کلینیک سرپایی بیمارستان و اورژانس
																						جمع

\* اگر موردی از بیماریهای فوق یافت نشد در ستونها ۳ و ۴ یا ۵ عدد صفر منظور گردد.

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۳
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی سیاه سرفه	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: ماهانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

منبع خبر:

تاریخ گزارش: ----- فرد گزارش دهنده: -----

نام و آدرس مؤسسه: ----- شماره تلفن: -----

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: ----- تاریخ تولد: ----- جنس: ----- شغل: -----

وضعیت تحصیلی: ----- تعداد افراد خانواده: ----- نام پدر: -----

آدرس:

ساکن شهر: ----- شهرستان: ----- استان: -----

روستای تحت پوشش	<input type="checkbox"/> خانه بهداشت
	<input type="checkbox"/> تیم سیار

درمان:

آیا بیمار تحت درمان قرار گرفته است؟  بلی  خیر

در صورت مثبت بودن وضعیت آن  بستری  سرپایی

علت بستری شدن: -----

نام پزشک معالج: ----- بیمارستان: -----

علائم و نشانه‌ها:

تاریخ شروع سرفه: ----- مدت سرفه به هفته: -----

آیا دوره پاروکسیمال وجود دارد؟  بلی  خیر

آیا هوپ بعد از سرفه وجود دارد؟  بلی  خیر

پرخونی ملتحمه چشم؟  بلی  خیر

آیا تشنج دارد؟  بلی  خیر

آیا تنگی نفس دارد؟  بلی  خیر

آیا همراه سرفه استفراغ وجود دارد؟  بلی  خیر

آیا هنوز سرفه دارد؟  بلی  خیر

آیا سپانوزیس در هنگام سرفه است؟  بلی  خیر

\* هرکدام از جوابهای بالا را در صورت مثبت بودن توضیح دهید.

-----

-----

-----

اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ نمونه برداری: .....

نتیجه سواب نازوفارنکس

مثبت

منفی

نامشخص

نتیجه کشت:

مثبت

منفی

نامشخص

تاریخچه ایمن سازی:

تعداد واکسن DPT انجام شده -----

آیا سابقه ایمن سازی به صورت مدون وجود دارد؟

بلی

خیر

نامشخص

در صورت مثبت بودن تاریخهای تلقیح شده

(-----) (-----) (-----) (-----)

اول

دوم

سوم

چهارم

در صورت منفی بودن ذکر دلیل آن -----

محل ایمن سازی:

خانه بهداشت

تیم سیار

مرکز بهداشتی درمانی

بخش خصوصی

خیریه

تشخیص:

برونشیت

بلی

خیر

پنومونی

بلی

خیر

نتیجه عکسبرداری

مثبت

منفی

نامشخص

نظریه پزشک معالج: -----

بررسی اپیدمیولوژیکی

آیا به لحاظ احتمال یا وجود سیاه سرفه در ۴ هفته اخیر مسافرتی داشته است؟

بلی

خیر

در صورت مثبت بودن

نام محل

تاریخ مسافرت

-----

از تاریخ

تا تاریخ

-----

از تاریخ

تا تاریخ

-----

از تاریخ

تا تاریخ

گروههایی که بیمار با آنها تماس داشته در یک فهرست بنویسید:

نام و نام خانوادگی      نسبت با بیمار      سن      جنس      تاریخ بروز علائم      زمان سرفه (هفته)      تعداد واکسیناسیون نسبت به DPT (ثلاث)

-----

-----

-----

-----

-----

-----

\* در صورت احتمال وجود سیاه سرفه حتماً بایستی جداسازی انجام گیرد.

اقدامات انجام شده در مواردی که با بیمار در تماس بوده اند.

۱- از نظر واکسیناسیون (چند نفر):

نوبت اول ثلاث  نوبت دوم ثلاث  نوبت سوم ثلاث  نوبت چهارم ثلاث  نوبت پنجم ثلاث

۲- از نظر آنتی بیوتیک و نوع آنتی بیوتیک-----

نتیجه بیماری:

بهبود  فوت  تاریخ فوت-----

نام بررسی کننده:----- عنوان:-----

محل کار:----- تاریخ:-----

امضاء:-----

نام و سمت کامل کننده :	امضاء :	نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه :.....
------------------------	---------	------------------------------------

نام مرکز / شبکه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
 نام واحد: معاونت امور بهداشتی  
 کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۴  
 تاریخ تکمیل: / /  
 ماه:   
 فرم پیگیری موارد تماس بیمار مبتلا به سیاه سرفه  
 دوره تکمیل فرم: ماهانه  
 نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری  مرکز بهداشتی درمانی روستایی  خانه بهداشت:

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس	محل سکونت		کد	تاریخ تولد	نوع تماس یا غیره	تاریخ نمونه گیری از حلق	نتیجه آزمایش	تجویز یا ارجاع برای آنتی بیوتیک		تعداد دوزهای واکسن و DT و dt و DPT	تاریخ آخرین نوبت واکسن	سیاه سرفه محتمل یا قطعی
			شهر	روستا						بلی	خیر			
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														
۸														
۹														
۱۰														
۱۱														

کد عرضه خدمات:

۱. شهری      ۲. روستایی، تحت پوشش خانه بهداشت      ۳. روستایی تحت پوشش سیار

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۵
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
	فرم ارسال نمونه موارد مظنون به دیفتری به آزمایشگاه	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: ماهانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

نام استان: نام بیمارستان: دانشگاه، آزمایشگاه شماره تلفن:

فاکس:

تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت استان: نام پزشک معالج:

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: مرد  زن  تاریخ تولد: روز ماه سال

تاریخچه بیماری: تاریخ شروع بیماری: روز ماه سال

علائم:

- فارنژیت: بله  خیر  نامشخص

- التهاب لوزه ها: بله  خیر  نامشخص

- لارنژیت: بله  خیر

آیا غشاء کاذب چسبنده در بینی، حلق و لوزه ها وجود دارد؟ بله  خیر

آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟ بله  خیر  نامشخص

نام دارو: زمان مصرف:

واکسیناسیون قبلی (دیفتری، کزاز خردسالان) - (دیفتری - کزاز بزرگسالان) - (دیفتری، سیاه سرفه، کزاز) بله  خیر

تاریخ آخرین دز: روز ..... ماه ..... سال .....

نتایج آزمایشگاهی: تاریخ نمونه برداری

نمونه از حلق: روز ماه سال وجود شواهد بالینی:

نمونه از بینی: روز ماه سال موارد تماس با بیمار مشکوک به دیفتری:

نمونه از غشاء: روز ماه سال بله  خیر

نتیجه لام مستقیم آزمایشگاهی:

Bacilli fusiform & Borellia vincenti were seen:

نام و سمت تکمیل کننده:	امضاء:	نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....
------------------------	--------	------------------------------------

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۶
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
فرم ارسال نمونه موارد مظنون به سیاه سرفه به آزمایشگاه	ماه <input type="checkbox"/>	
دوره تکمیل فرم: ماهانه		
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

نام استان	نام بیمارستان: دانشگاه، آزمایشگاه	شماره تلفن فاکس:
تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت استان:	نام پزشک معالج	
نام و نام خانوادگی بیمار:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: روز ماه سال
تاریخچه بیماری:	تاریخ شروع بیماری: روز ماه سال	تاریخچه بیماری
علائم:- سرفه های قطاری و ادامه دار: بله	خیر	نامشخص
- حالت تهوع همراه با سرفه: بله	خیر	نامشخص
- بیمار تب دارد: بله	خیر	نامشخص
آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	نام دارو:
مدت مصرف:		
واکسیناسیون قبلی (دیفتری، کزاز خردسالان) - (دیفتری - کزاز بزرگسالان) - (دیفتری، سیاه سرفه، کزاز) بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		تاریخ آخرین دز: روز ماه سال .....
موارد تماس با بیماری مشکوک به سیاه سرفه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
نمونه های ارسالی:	تاریخ نمونه برداری:	
نمونه برداری شده بر روی پلیت برده ژانگو	روز ماه سال	
نمونه گرفته شده از بینی روی محیط ترانسپورت	روز ماه سال	
نمونه گرفته شده از ترشحات حلق روی محیط ترانسپورت	روز ماه سال	
نمونه سرم خون گرفته شده	روز ماه سال	
لام های گرفته شده	روز ماه سال	
مشخصات بررسی کننده:		
نام و نام خانوادگی:		
آدرس و تلفن:		
نشانی: تهران - خیابان پاستور - پلاک ۶۹ - کد پستی ۱۳۱۶۴ - آزمایشگاه کشوری دیفتری و سیاه سرفه (انسیتو پاستور ایران)	تلفن ۶۶۴۰۵۵۳۵ روزهای تعطیل: ۲۰-۶۶۹۵۳۱۱	فاکس: ۶۶۴۰۵۵۳۵
نام و سمت تکمیل کننده:	امضاء:	نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....





مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۷

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

خلاصه اطلاعات بیماری سیاه سرفه

ماه 

دوره تکمیل فرم: ماهانه

 خانه بهداشت: مرکز بهداشتی درمانی روستایی مرکز بهداشتی درمانی شهری

فوت	بدون عارضه	بهبود با ذکر نوع عارضه	نتیجه آزمایش	تاریخ آزمایش	موارد تماس*			سابقه واکسیناسیون			تاریخ بروز علائم	جنس	نام پدر	سن	تاریخ تولد	کریا عرضه خدمات	آدرس	نام و نام خانوادگی	شماره	
					موارد حامل*	موارد ابتلا	تعداد	نامشخص	نزده	تعداد تاریخ آخرین نوبت واکسن ثلاث										تعداد دفعات واکسن ثلاث

\*تعداد موارد تماس (خانواده، مدرسه و محل کار)

\*\*موارد حامل سالم

نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۸

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی موارد فلج شل حاد

ماه 

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت: 

۱- مشخصات مورد: شهرستان _____ استان _____ که عرضه خدمات _____ ملیت _____ آدرس کامل _____		
نام و نام خانوادگی بیمار _____ نام پدر _____ تاریخ تولد _____ / _____ / ۱۳ سن درموقع ابتلا _____ جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>		
۲- گزارش	تاریخ گزارش	تاریخ گزارش
به مرکز بهداشت شهرستان _____ / _____ / ۱۳	به مرکز بهداشت استان _____ / _____ / ۱۳	به مرکز مدیریت بیماریها _____ / _____ / ۱۳
منبع گزارش: خانه بهداشت _____ مرکز بهداشتی درمانی _____ تیم سیار _____ بیمارستان _____ مرکز توانبخشی _____		
مطب _____ سایر منابع (ذکر شود) _____ نام گزارش دهنده _____ شماره تلفن گزارش دهنده _____		
۳- آیا بیمار بستری شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن _____ تاریخ بستری شدن _____ شماره پرونده _____		
۴- علائم و نشانه های بیماری: تاریخ شروع اولین علامت _____ / _____ / ۱۳ (دوره هر کدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید) تب یبوست آبریزش بینی درد عضلانی اسهال سردرد تهوع سفتی گردن ضعف گلودرد تحریک پذیری		
۵- فلج		
وضعیت فلج: تاریخ شروع فلج _____ / _____ / ۱۳ آیا درموقع شروع فلج تب وجود داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درجه تب _____		
محل فلج: (دور عضو فلج دایره بکشید): پای چپ دست چپ پای راست دست راست عضلات تنفسی صورت سایر اعصاب کرانیال		
۶- وضعیت ایمنسازی: بر حسب کارت ایمنسازی <input type="checkbox"/> حافظه مادر <input type="checkbox"/> دوره هر کدام از نوبتهای زیر که دریافت داشته دایره بکشید و زیر آن تاریخ را بنویسید.		
نوبت	نوبت صفر	نوبت اول
نوبت دوم	نوبت سوم	نوبت اول
یاد آور اول	یاد آور دوم	روزهای ملی ایمنسازی
تاریخ	تاریخ	تاریخ آخرین نوبت
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
۷- طبقه بندی اولیه بالینی: مظنون به پولیو <input type="checkbox"/> گیلن باره <input type="checkbox"/> نوریت تروماتیک <input type="checkbox"/> میلیت عرضی <input type="checkbox"/> سایر _____ تاریخ _____ / _____ / ۱۳		
۸- سابقه مسافرت، بازدید یا تماس با افرادی که ظرف ۲۸ روز قبل از بروز علائم:		
محل مسافرت یا بازدید	فرد یا افراد ملاقات شده	تاریخ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
۹- آیا بیمار در ظرف ۷۵ روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که بتازگی فلج شده یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته، تماس داشته است؟		
بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	اگر بلی، در کجا و با چه کسی؟
محل	نام افراد	تاریخ
_____	_____	_____
_____	_____	_____

نمونه برداری مدفوع از بیمار:					
تاریخ نمونه برداری	تاریخ تحویل به آزمایشگاه	تاریخ دریافت نسخه	نوع ویروس پولیو جدا شده	نوع ویروس های دیگر	منفی
نمونه اول ۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	— — — —	—————	—————
نمونه دوم ۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	— — — —	—————	—————
۱۱- نمونه برداری مدفوع از موارد تماس :					
( اگر کودک زیر ۵ سال دارد موارد تماس از زیر ۵ سال و اگر بیشتر از پنج سال سن دارد ، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شوند )					
نام و نام خانوادگی مورد تماس	تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده	تاریخ آخرین نوبت واکسن	آدرس		
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____		
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____		
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____		
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____		
۱۲- اقدامات کنترل :					
تعداد محل های بازدید شده : _____ تعداد خانوار بازدید شده _____ تعداد نمونه برداشت شده _____					
تاریخ انجام اقدامات ...../...../..... ۱۳.....					
۱۳- پیگیری روز ۶۰ : تاریخ ..... انجام شده <input type="checkbox"/> انجام نشد <input type="checkbox"/> اگر نشد چرا ؟ توضیح دهید _____					
فلج باقیمانده : دور عضو فلج دایره بکشید ( پای راست دست راست پای چپ دست چپ صورت ماهیچه های تنفسی سایر اعصاب کرانیال معلولیت : نمی تواند راه برود <input type="checkbox"/> با کمک راه می رود <input type="checkbox"/> می لنگد <input type="checkbox"/> طبیعی راه می رود <input type="checkbox"/> سایر معلولیتها : _____ فوت : در صورت فوت تاریخ آن ...../...../..... ۱۳..... علت فوت ، جزئیات را توضیح دهید ؟					
۱۴- تیم بررسی :					
نام و نام خانوادگی کاردان مبارزه با بیماریها	امضاء	تاریخ :			
نام و نام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیماریها	امضاء	تاریخ			
نام و نام خانوادگی پزشک مسئول بررسی	امضاء	تاریخ :			
مراتب فوق مورد تأیید است					
نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی _____ امضاء _____ تاریخ _____					
۱۵- طبقه بندی نهایی :					
پولیومیلیت <input type="checkbox"/> مردود <input type="checkbox"/>					
معیار تشخیص :					
جداشدن ویروس از نمونه مدفوع <input type="checkbox"/> جدانشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی یا نداشتن فلج باقیمانده روز ۶۰ <input type="checkbox"/>					
تشخیص نهایی : اگر پولیو رد شده است تشخیص آن را بنویسید ؟					
مشخصات اعضای تیم طبقه بندی :					
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :			
_____	_____	_____			
تاریخ :	مهر و امضاء :				
_____	_____				
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :			
_____	_____	_____			
تاریخ :	مهر و امضاء :				
_____	_____				
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :			
_____	_____	_____			
تاریخ :	مهر و امضاء :				
_____	_____				
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :			
_____	_____	_____			
تاریخ :	مهر و امضاء :				
_____	_____				
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :			
_____	_____	_____			
تاریخ :	مهر و امضاء :				
_____	_____				
مراتب فوق مورد تأیید است : نام و سمت تکمیل کننده : _____ امضاء : _____ نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه : .....					

## راهنمای تکمیل فرم بررسی موارد فلج شل حاد ( AFP )

### این فرم چه اهمیتی دارد ؟

- فرم بررسی موارد یا یکی از مستندات است که کارشناسان سازمان جهانی بهداشت با مطالعه آن به درجه دقت و توجه مسئولین بهداشتی محل در اجرای برنامه ریشه کنی فلج اطفال پی می برند .
- این فرم کارنامه ای است از همه فعالیتها و اقدامات مراقبتی که سطوح مختلف شبکه های بهداشتی درمانی کشور در برابر بروز هر مورد فلج شل حاد انجام داده اند .
- با مطالعه این فرم و استخراج اطلاعات آن به نقاط قوت وضعفی که در مجموعه واحدهای مسئول اجرای فعالیتهای ریشه کنی وجود دارد پی برده میشود که بالطبع بهترین راهنما برای بهبود وضعیت مراقبت خواهد بود .

### مسئول تکمیل فرم :

رئیس مرکز بهداشت شهرستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیتهای نظام مراقبت در سطح شهرستان مسئولیت تکمیل این فرم را نیز بعهده دارد .

چه کسانی در تکمیل فرم دخالت دارند ؟

- خانواده بیمار
- پزشک و کارکنان واحدی که بیمار در آنجا تحت درمان قرار دارد

**اجزاء فرم :** این فرم از ۱۶ قسمت تشکیل شده و تکمیل هر قسمت آن زمان خاصی دارد که در موقع خود توضیح داده می شود توجه داشته باشید که در قسمت بالای فرم نام شهرستان را تکمیل کنید .  
شماره مورد و سال وقوع آن را قید فرمایید .

**مدت تکمیل فرم :** تکمیل این فرم ۷۰ روز از آغاز فلج طول می کشد . به عبارت دیگر لازم است برای این مدت طولانی با خانواده بیمار در تماس باشید . لذا با برقراری ارتباط صمیمانه شماره تلفن خود را در اختیار آنها قرار دهید تا چنانچه محل سکونت و آدرس آنان تغییر کرد به شما اطلاع دهند تا برای تکمیل قسمتهای دیگر فرم دچار مشکل نشوید .

**قسمت اول :** نشان دهنده مورد فلج شل حاد می باشد که به محض دریافت گزارش باید به فرم منتقل گردد و به گونه ای تکمیل شود که تیم بررسی بتواند با استفاده از آن آدرس بیمار را پیدا نماید ، به خانواده بیمار تاکید کنید که اگر محل سکونت خود را تغییر دادند به شما اطلاع دهند تا بتوانید قسمت سیزدهم را در موقع انجام آن تکمیل نمایید .

**قسمت دوم:** وضعیت گزارش را روشن می نماید و شامل دونکته است:

الف - تاریخ گزارش به سطوح مختلف شهرستان، استان و مرکز مدیریت بیماریها:

از مقایسه تاریخ گزارش با تاریخ شروع فلج که در قسمت پنجم فرم قید میشود می توان دریافت که کیفیت نظام گزارش دهی چگونه است. هرچقدر این فاصله زمانی طولانی تر باشد باید برای جلب همکاری مردم و واحدهای بهداشتی درمانی کوشش بیشتری نمود تا این فاصله تصحیح گردد.

ب - منبع گزارش: نام اولین شخص یا اولین واحدی که مورد بیمار را گزارش داده است باید نوشته شود تا تیم بررسی بتواند با اخذ تماس و جلب همکاری آن هرچه سریع تر بررسی لازم را شروع نماید.

**قسمت سوم:** وضعیت بستری یا عدم بستری را بیان می کند که در صورت بستری شدن نام بیمارستان و آدرس آن قید می شود تا بتوان در صورت لزوم به پرونده بیمار مراجعه و با کمک پزشک و پزشکان معالج اطلاعات لازم را کسب نمود.

**قسمت چهارم:** مربوط به علائم و نشانه های بیماری است. تاریخ شروع اولین علامت را از بیمار و یا خانواده او پرسید و دوره کدوم از علائمی که وجود داشته اند دایره بکشید.

**قسمت پنجم:** در این قسمت وضعیت فلج را مشخص کنید: تاریخ شروع فلج را سوال کرده در محل مربوطه یادداشت کنید و وجود تب از نظر تشخیصی اهمیت دارد و با مراجعه به پرونده بیمار و یا سوال از خانواده بیمار مشخص میشود. سپس محل فلج را با کشیدن دایره دور عضو یا اعضاء فلج شده نشان دهید تا با استفاده از آن بتوانید سیر بیماری را تعیین کنید.

**قسمت ششم:** وضعیت ایمنسازی: کارت ایمنسازی بیمار را بخواهید و از روی آن دوره کدوم از نوبت هایی را که دریافت کرده دایره بکشید و تاریخ آن را در محلی که پیش بینی شده قید نمایید. اگر کارت در دسترس نبود و یا گم شده بود از حافظه مادر استفاده کنید و در هر صورت در مربع مقابل آن علامت بزنید اگر اکسیژنسیون انجام نشده بود و یا ناقص بود علت را جویا شوید.

**قسمت هفتم:** طبقه بندی اولیه بالینی: این قسمت را باید با کمک پزشکان معالج تکمیل کنید و تشخیص اولیه او را در این جا ذکر کنید. توجه داشته باشید تشخیص اولیه هرچه باشد تکمیل بقیه قسمتهای فرم را باید ادامه دهید.

**قسمت هشتم:** سابقه مسافرت، بازدیدها و یا تماس با افراد دیگر: مشخص کننده هرگونه بایدید و تماس بیمار در ۲۸ روز اخیر یعنی حداکثر دوره کمون بیماری است. این بازدیدها ممکن است در داخل یا خارج از شهر و یا روستای محل سکونت باشد و حدود فعالیت شما را برای نمونه برداری احتمالی از موارد تماس و همچنین تکمیل اقدامات ذکر شده در قسمتهای ۱۱ و ۱۲ معین می کند.

**قسمت نهم:** می تواند محلی را که باعث سرایت ویروس وحشی یا ویروس واکسن به فرد مظنون شده است به شما نشان دهد و در تشخیص نهائی بیماری نیز کمک نماید. لذا باید برای تکمیل این قسمت حوصله بیشتری به خرج داده و پیگیری ویژه ای انجام دهید و حتی اگر لازم باشد از مراکز بهداشت شهرستان های دیگر که خانواده ذکر می کنند کمک بگیرید.

**قسمت دهم:** حتماً باید از هر بیمار دو نمونه مدفوع تهیه کنید.

**نمونه اول:** را همان روز اول بررسی و **نمونه دوم** را حداقل ۲۴ ساعت بعد بگیرید و تاریخ آن را قید نمایید. برای ۲ نمونه یک فرم درخواست آزمایش تکمیل و به آزمایشگاه ارسال نمایید. اگر فاصله بین ۲ نمونه برداری از ۴۸ ساعت بیشتر است، نمونه اول را با فرم جداگانه ای ارسال کنید. مقدار مدفوعی را که به عنوان نمونه برمی دارید باید کافی (۸-۱۰ گرم یا به اندازه ناخن شست دست انسان بالغ) باشد. (برای آنکه جایی را آلوده نکند در ظرف درپوش دار قرار دهید)

**قسمت یازدهم:** نمونه برداری مدفوع از موارد تماس فقط هنگامی صورت می گیرد که مورد فلج شل حاد، Hot Case باشد: با استفاده از قسمت های ۹، ۸ فرم که قبلاً تکمیل نموده اید موارد تماس را تعیین کنید و دست کم از ۵ نفر آنان از هر کدام یک نمونه مدفوع در همان اولین روز بررسی تهیه نمایید. سن موارد تماس را با توجه به سن مورد مظنون تعیین کنید. اگر سن مورد مظنون بیشتر از ۵ سال است سن موارد تماس را نیز تا سن مورد مظنون بالا برید. (توجه نمایید که برای هر کدام از موارد تماس یک فرم درخواست آزمایش جداگانه تکمیل و همراه با نمونه به آزمایشگاه تحویل نمایید)

در این قسمت نیز نام و نام خانوادگی موارد تماس و تعداد دوزهای واکسن دریافتی و تاریخ آخرین نوبت آن را قید نمایید و آدرس آنان را دقیقاً یادداشت کنید.

**اقدامات کنترل:** این قسمت نشان دهنده همه فعالیتهای شما در زمان بررسی بوده و باید به درستی تکمیل شود. تاریخ انجام اقدامات را بنویسید تعداد محل های بازدید شده، تعداد همه محل هائی است که در مجاورت محل سکونت مورد مظنون و قسمتهای ۸ و ۹ فرم، مورد بازدید شما برای کشف موارد مظنون دیگر و احتمالاً تهیه نمونه مدفوع از موارد تماس واقع شده است. تعداد این محل ها را دقیقاً ذکر کنید. تعداد خانوارهای بازدید شده و تعداد نمونه های برداشت شده را در محل پیش بینی شده قید نمایید. مطالعه این قسمت نشان می دهد که شما در چه وسعتی نسبت به کنترل بیماری اقدام نموده اید. لذا اهمیت زیادی برای آن قائل شده و با نهایت حوصله برای تکمیل آن اقدام نمایید.

گاه لازم است چندین مرتبه به محل های مختلف مراجعه کنید تا بتوانید اطلاعات کافی را بدست آورید.

**قسمت سیزدهم:** انجام پیگیری و نتیجه آن برای طبقه بندی نهائی بیماری نهایت لزوم را دارد، اگر به هر علت پیگیری انجام نشد دلیل آن را بنویسید. ممکن است محل سکونت مورد فلج شل حاد تغییر کرده باشد. سعی کنید با کمک همسایگان یا منبع گزارش محل سکونت مورد را پیدا و این قسمت را تکمیل نمایید. بدانید که اگر بیمار را نتوانستید پیدا کنید احتمال دارد این مورد بعنوان سازگار طبقه بندی شود. این قسمت بطوری که ملاحظه می کنید دارای سه قسمت دیگر است.

**الف) فلج باقیمانده:** بیمار باید توسط پزشک معاینه و با توجه به قسمت ۵ فرم دور هر عضوی که فلج آن باقیمانده است دایره بکشید.

**ب) معلولیت:** به روشنی در مربع جلوی هر کدام از انواع معلولیت های باقیمانده ضربدار بزنید.

**ج) فوت:** اگر بیمار فوت نموده است، تاریخ، علت و جزئیات آن را ذکر کنید. از خانواده بیمار سوال کنید که آیا در هنگام فوت هنوز فلج عضوی یا اعضاء مبتلا باقی بوده است یا نه و قید نمایید.

**قسمت چهاردهم:** مشخصات تیم بررسی و تاریخ بررسی در فرم نوشته شود.

**قسمت پانزدهم:** با استفاده از پاسخ آزمایشگاه و نتیجه پیگیری روز ۶۰ می توانید به یکی از شخصیت های زیر برسید.

**الف) فلج اطفال قطعی** که با جدا شدن ویروس پولیو از نمونه مدفوع مشخص می شود.

**ب) مردود** که با معیار جدا نشدن ویروس پولیو از نمونه مدفوع کافی یا نداشتن فلج باقیمانده در روز ۶۰ مشخص می شود.

**تشخیص نهایی:** اگر پولیو میلیت رده شده است تشخیص نهائی را با استفاده از جواب آزمایشگاه و قسمت ۷ با مشورت کمیته دانشگاهی و مرکز مدیریت بیماریها ذکر نمایید.

**قسمت شانزدهم:** اعضای کمیته طبقه بندی دانشگاهی باید پس از طبقه بندی مورد AFP و قید تشخیص نهایی، فرم بررسی را امضاء نموده و مهر نمایند. در نتیجه با توجه به موارد فوق تکمیل فرم بررسی ۷۰ روز بطول انجامیده و در آخر کار تنها یکبار به مرکز مدیریت بیماریها ارسال شود.

بدین معنی که ارسال فرم بررسی ناقص مثلاً به همراه نتیجه پیگیری روز ۶۰ یا بهنگام انجام اقدامات کنترل یا بهنگام کشف مورد بهیچ وجه جایز نمی باشد.

هر بیمار AFP باید پرونده مستقل در پوشه جداگانه داشته باشد که محتوی فرم بررسی، جواب آزمایشگاه، نتیجه معاینه روز ۶۰، هر گونه اقدامات دیگر شامل پرونده پزشکی، معاینات و آزمایشات انجام شده مانند EMG, NCV و... است.





نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۹
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی انفرادی کزاز	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: ماهانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

کشور: ----- سال: ----- منبع خبر: -----  
 تاریخ گزارش: ----/----/---- نام گزارش دهنده: -----  
 نام و آدرس مؤسسه: ----- شماره تلفن: -----

۱- مشخصات بیمار:  
 نام و نام خانوادگی: ----- تاریخ تولد: ----/----/---- شغل: -----  
 جنس: زن ----- مرد: ----- نام پدر: ----- نام: -----  
 مادر: -----  
 آدرس: -----  
 ساکن شهر: ----- شهرستان: ----- استان: -----  
 خانه بهداشت: ----- ساکن روستای: ----- تحت پوشش: -  
 تیم سیار: -----

۲- تاریخ و نوع ضایعه: -----  
 تاریخ ایجاد ضایعه: ----/----/----  
 نوع ضایعه: ----- صدمه -----  
 ۱- زخم پوستی ----- محل زخم: ----- جراحی: -----  
 ۲- محل تزریقات -----  
 ۳- سوختگی -----  
 ۴- بند ناف -----  
 ۵- اوتیت میانی -----  
 ۶- عفونت دندان -----  
 ۷- سقط -----  
 ۸- حاملگی -----  
 ۹- جراحی روده -----  
 ۱۰- نامعلوم -----

۳- علائم و نشانه‌ها  
 تاریخ بروز اولین علائم: ----/----/----



علائم:

بله	خیر
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

تاریخ بروز اولین اسپاسم ژنرالیزه ----/----/----

۴- تاریخچه ایمن سازی

محل معمول ایمن سازی:

کلینیک دولتی: خانه بهداشت ----- تیم سیار ----- مرکز بهداشتی درمانی -----

کلینیک خصوصی: مطب: -----

آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بله ----- خیر -----

نامشخص

خیر -----

تاریخ ایمن سازی

روز ماه سال

نوع واکسن

دریافت شده\* شماره سری واکسن

نوبت اول

-----/-----/-----

نوبت دوم

-----/-----/-----

نوبت سوم

-----/-----/-----

یادآوری اول

-----/-----/-----

یادآوری دوم

-----/-----/-----

۵- اگر بیمار نوزاد است:

آیا مادر علیه کزاز واکسینه شده است. بله- خیر-. آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بله ----- خیر -----

نامشخص

بله -----

تاریخ ایمن سازی

روز ماه سال

نوع واکسن دریافت شده

شماره سری واکسن

نوبت اول

-----/-----/-----

نوبت دوم

-----/-----/-----

نوبت یادآور

تاریخ آخرین نوبت

آیا در مراقبتهای قبل از زایمان را دریافت کرده است. بله-----خیر-----

اگر بله محل و تاریخ مراقبت

محل تولید کودک: بیمارستان-----منزل-----سایر(مشخص شود)

اگر زایمان در مؤسسه‌ای انجام شده است نام و آدرس آن مؤسسه را ذکر کنید:

dpt, dt, DT,T \*

زایمان بوسیله چه کسی انجام شده است

-----مامای دوره‌دیده	}	-----پرستار-----
-----سایر(مشخص شود)		-----مامای محلی-----
-----مامای دوره‌ندیده		-----ماما-----

نام و آدرس:

آیا نوزاد در دو روز اول تولد به طور طبیعی شیر خورده است؟ بله-----خیر-----

آیا نوزاد در دو روز اول تولد به طور طبیعی گریه کرده است؟ بله-----خیر-----

اگر خیر توضیح دهید:

آیا کودک بعداً دچار اشکال در مکیدن شده است؟ بله-----خیر-----

اگر بله توصیف کنید.

آیا کودک بعداً دچار سفتی عضلات شده است؟

بله-----خیر-----نامشخص-----

آیا کودک بعداً دچار تشنج شده است؟

بله-----خیر-----نامشخص-----

شرح دهید که بند ناف چطور و با چه وسیله‌ای بریده شده است.

بند ناف چگونه پانسمان شده است؟

اطلاعات آزمایشگاهی

تاریخ دریافت جواب

تاریخ دریافت نمونه سرم خون مادر

نتایج

تیترا آنتی بادی

-----/-----/-----

-----/-----/-----

-----/-----/-----

-----/-----/-----

۶- وضعیت درمان و بستری

آیا بیمار بوسیله پزشک تحت درمان قرار گرفته است؟

بله ----- خیر ----- نام پزشک معالج ----- محل کار ----- تشخیص -----

آیا بیمار بستری شده است؟ بله ----- خیر ----- نام بیمارستان -----

شماره پرونده ----- تاریخ بستری شدن ----- /----- /-----

نوع درمان ارائه شده:

-----  
-----

نوع داروی تجویز شده:

-----

آیا بیمار مرده است؟

بله ----- خیر ----- اگر جواب مثبت است تاریخ مرگ ----- /----- /----- علت -----

در صورت بهبودی آیا عارضه‌ای ایجاد شده است؟ بله ----- خیر -----

نوع عارضه:

بله      خیر      نامشخص

----- ۱- شکستگی      -----      -----      محل شکستگی -----

----- ۲- آمبولی ریه      -----      -----

----- ۳- دهیدراتاسیون      -----      -----

----- ۴- میوکارдит      -----      -----

----- ۵- عفونت باکتریال      -----      -----      محل عفونت -----

----- ۶- آریتمی شدید

----- ۷- هیپوترمی

----- ۸- اسپاسم لارنکس

----- ۹- احتباس ادرار

نام و سمت تکمیل کننده :	امضاء :	نام و امضاء مسئول مرکز/شعبه : .....
-------------------------	---------	-------------------------------------



نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰-۰۱-۱۰۲
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی دیفتری	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: ماهانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

شماره شناسایی:										
تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت شهرستان							روز	ماه	سال	تاریخ بررسی
سال	ماه	روز				جنس:	مرد: <input type="checkbox"/>	زن: <input type="checkbox"/>		
نام و نام خانوادگی بیمار:		روز:	ماه:	سال:	سن(اگر تاریخ تولد مشخص نباشد)	چند سال	چند ماه			
آدرس:		روستا/شهرک/شهر								
شهرستان:		استان:								
تاریخچه بیماری:										
تاریخ شروع بیماری:			روز:	ماه:	سال:					
علائم:										
نارنژیت:		بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	آیا غشاء کاذب چسبیده در بینی، حلق، لوزه‌ها وجود دارد؟			بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
التهاب لوزه‌ها:		بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	لارنژیت			بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
آیا بیمار تحت درمان بوده است؟		بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	اگر بلی نام محل درمان بهداشتی.....			مرکز		
تاریخ بستری(در صورت بستری شدن)			روز:	ماه:	سال:	بیمارستان:.....				
آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟		بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک			روز:	ماه:	سال:
آنتی ترکسین مصرف کرده است؟		بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	تاریخ تجویز آنتی ترکسین			روز:	ماه:	سال:
واکسیناسیون قبلی(DPT.DT.dt)		بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	تعداد کل دوزها		تاریخ آخرین روز	روز:	ماه:	سال:
نتایج آزمایشگاهی			تاریخ نمونه برداری			تشخیص کورینه باکتریوم دیفتری			نوکیسیژنیک(سمزا)	
نمونه از حلق		روز:	ماه:	سال:	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
نمونه از بینی		روز:	ماه:	سال:	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>



سایر نمونه‌ها	روز:	ماه:	سال:	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
	روز:	ماه:	سال:	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
	روز:	ماه:	سال:	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
	روز:	ماه:	سال:	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>	بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>
موارد تماس نزدیک در یک هفته قبل از شروع بیماری				بله: <input type="checkbox"/>	خیر: <input type="checkbox"/>	نامشخص: <input type="checkbox"/>			
طبقه‌بندی نهایی									
بیماری دیفتري تأييد می‌شود: <input type="checkbox"/> آزمایشگاهی: <input type="checkbox"/> وجود شرایط اپیدمیولوژیکی: <input type="checkbox"/> بالینی: <input type="checkbox"/> بیماری دیفتري مردود می‌شود: <input type="checkbox"/>									
عاقبت بیماری: زنده: <input type="checkbox"/> مرده: <input type="checkbox"/> نامشخص: <input type="checkbox"/>									
مشخصات بررسی‌کننده:									
نام و نام خانوادگی:									
تاریخ و سیمت:									
آدرس و تلفن:									
امضاء:									

نام و سمت تکمیل کننده: \_\_\_\_\_ امضاء: \_\_\_\_\_ نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....

نام مرکز / شبکه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
 نام واحد: معاونت امور بهداشتی  
 کد فرم: ۱۱-۰۱-۱۰۲  
 تاریخ تکمیل: / /  
 فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای بثورى تبدار (موارد مشکوک سرخک-سرخجه) ماه   
 دوره تکمیل فرم: ماهانه  
 نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری  مرکز بهداشتی درمانی روستایی  خانه بهداشت:

دانشگاه / دانشکده: مرکز بهداشت شهرستان:  
 منطقه:  (۱-شهری ۲-روستایی ۹-نامشخص)  
 منبع گزارش:  (۱-خانه بهداشت ۲-مرکز بهداشتی درمانی ۳-بیمارستان دولتی ۴-بیمارستان خصوصی ۵-مطب ۶-درمانگاه خصوصی ۷-آزمایشگاه ۸-سایر ۹-نامشخص)  
 تاریخ دریافت گزارش: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:  
 مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار:  
 نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس:  (۱-مذکر ۲-مؤنث) تاریخ تولد:  
 نشانی:  
 ملیت:  
 تعداد نوبتهای دریافت واکسن سرخک - سرخجه MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت):  
 سرخک: سرخجه: MMR  
 MR

نوبت اول	نوبت دوم	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت اول	نوبت دوم

یافته‌های بالینی:  
 تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات  (۱-ماکولوپاپولر ۲-وزیکولر ۳-سایر)  
 علائم تب:  (۱-دارد ۲-ندارد ۹-نامشخص) تاریخ شروع تب: سرفه:  بزرگی غدد لنفاوی:   
 آبریزش از بینی:  قرمزی ملتحمه چشم:  درد مفصل:  تورم مفاصل:   
 آیا بیمار بستری شده است؟  بلی  خیر: نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی:  
 آیا بیمار فوت شده است؟  بلی  خیر: تاریخ فوت: علت مرگ:  
 منبع احتمالی عفونت: ۱- آیا در طول ۷ تا ۱۸ روز قبل از شروع بثورات سابقه مسافرت داشته است؟ به کجا؟  
 ۲- آیا در طول ۷ تا ۱۸ روز قبل از شروع بثورات تماس با مورد قطعی سرخک داشته است؟  
 ۳- آیا مورد قطعی سرخک در این منطقه قبل از بروز این مورد وجود داشته است؟

یافته‌های آزمایشگاهی:  
 ۱- تاریخ نمونه‌گیری خون: تاریخ ارسال  
 نمونه:  
 ۲- تاریخ نمونه‌گیری ادرار: تاریخ ارسال  
 نمونه:  
 ۳- تاریخ نمونه‌گیری حلق: تاریخ ارسال  
 نمونه:  
 نتیجه آزمایش از نظر: سرخک  سرخجه  (۱-مثبت ۲-منفی ۹-نامشخص)  
 تاریخ طبقه‌بندی نهایی: تاریخ طبقه‌بندی نهایی:

مردود:  \*\*تشخیص نهایی ذکر گردد:

تأیید شده  (۱- سرخک ۲- سرخجه)

تأیید شده بوسیله:    (۱- آزمایشگاه ۲- بالینی ۳- اپیدمیولوژیک)

مشخصات بررسی کننده: نام و نام خانوادگی: سمت:

تاریخ بررسی: امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه:.....

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۲۳
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی	تاریخ تکمیل: / /
	فرم بررسی مننژیت	ماه <input type="checkbox"/>
	دوره تکمیل فرم: ماهانه	
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>

منبع خیر:

تاریخ گزارش: ----- مرکز گزارش دهنده: ----- نام آدرس مؤسسه: ----- شماره تلفن: -----

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: ----- نام پدر: ----- تاریخ تولد: ----- جنس: ----- شغل: ----- وضعیت  
تأهل -----

آدرس:

ساکن شهر: ----- شهرستان: ----- استان: ----- ساکن روستای: ----- تحت پوشش: خانه

بهداشت  تیم سیار

وضعیت بستری:

نام بیمارستان: ----- شماره پرونده: ----- تاریخ بستری: ----- تاریخ شروع

بیماری: -----

داروهای تجویز شده: آنتی بیوتیک  کورتن  طول درمان -----

علائم نشانه‌ها:

تب

نامشخص	بله	خیر	نامشخص	بله	خیر	نامشخص
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پورپورا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سفتی گردن <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبخال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علائم عصبی (نوع علامت) <input type="checkbox"/>

شکایات بیمار:

نامشخص	بله	خیر	نامشخص	بله	خیر	نامشخص
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لرز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سر درد <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشنج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تهوع <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بثورات جلدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ (نوع علامت) <input type="checkbox"/>



اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ انجام آزمایش: ----- نوع آزمایش: -----

آزمایش مایع نخاع:

شفافیت: کدر  گزانتوکرم  چرکی  خونی

فشار: بالا  پایین  طبیعی

تعداد لنفوسیت به درصد -----

تعداد پولی نوکلئر به درصد -----

مقدار پروتئین -----

مقدار قند -----

کشت -----

نوع مننژیت -----

سوابق بیمار:

بله خیر نامشخص

بله خیر نامشخص

۱- اوتیت میانی    ۵- ضربه به سر

۲- ماستوئید    ۶- طحال برداری

۳- سینوزیت    ۷- پنومونی

۴- اندوکاردیت

بررسی اپیدمیولوژی

بله خیر نامشخص

تاریخچه تماس

مسافرت

عمل جراحی روی سر

عوارض بیماری:

۱- اختلال اعصاب مغزی  شماره عصب مغزی ----- ۲- علائم عصبی موضعی  ۳- ادم

مغزی

۴- تشنج  ۵- وازیکولیت  ۶- افوزیون سابدورال  ۷- هیدروسفالی

۸- ترمبوفلیبیت  ۹- آرتريت سپتیک  ۱۰- عفونت متاستاتیک  ۱۱- شوک سپتیک

۱۲- کری: دائم  موقت  ۱۳- پریکاردیت چرکی  محل -----

۱۴- سایر عوارض: -----

گروه‌هایی را که با بیمار تماس داشته در یک فهرست بنویسید: (نام مدرسه، مکان مذهبی، سربازخانه، گروه‌های اجتماعی دیگر)

نام گروه: ----- محل: ----- تاریخ تماس: -----

نسبت	جنس	سن	نام	آیا بیمار دیگری در خانواده وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
----/----/---	-----	-----	-----	-----	-----	-----
----/----/---	-----	-----	-----	-----	-----	-----
----/----/---	-----	-----	-----	-----	-----	-----
----/----/---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس

نسبت	جنس	سن	نام و نام خانوادگی	اقدامات انجام شده
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

نتیجه درمان:

بهبود  فوت  تاریخ فوت -----/-----/-----

نام بررسی کننده: -----

امضاء -----

عنوان: -----

محل کار: -----

تاریخ: -----/-----/-----

نام و سمت تکمیل کننده :	امضاء :	نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه :.....
-------------------------	---------	------------------------------------

نام مرکز / شبکه

نام واحد :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

فرم گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

دوره تکمیل فرم : ماهانه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۱۲

تاریخ تکمیل : / /

ماه

ردیف	نام واحد	تعداد موجود	تعدادی که گزارش آنها واصل شده است	فلج شل حاد		سرخک		سرخجه مادرزادی		کزازنوزادی		دیفتری		سیاه سرفه		عوارض جانبی ناشی از واکسن	
				تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر
۱	بیمارستانهای دولتی و خصوصی																
۲	زایشگاهها																
۳	فیزیوتراپی																
۴	مراکز بهداشتی درمانی شهری																
۵	مراکز بهداشتی درمانی روستایی																
۶	خانه های بهداشت																
۷	تیم سیار																
۸	مطب های پزشکان آزاد																
۹	پایگاههای بهداشتی																
۱۰	اردوگاههای مهاجرین																

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه : .....





نام مرکز / شبکه		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی		کد فرم: ۱۷-۰۱-۱۰۲
نام واحد:		معاونت امور بهداشتی		تاریخ تکمیل: / /
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>		مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>		خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>
دوره تکمیل فرم: ماهانه		فرم درخواست آزمایش مدفوع برای تشخیص پولیو ماه <input type="checkbox"/>		
استان: .....		شهرستان: .....		
نام و نام خانوادگی صاحب نمونه:		بیمار		
مورد تماس				
آدرس:				
روستا:		شهر:		خیابان:
کوی:		پلاک:		تلفن:
تاریخ تولد: روز ..... ماه ..... سال .....				
اگر تاریخ تولد نامشخص است سن را برحسب ماه ذکر نمایید .				
تاریخ جمع آوری نمونه اول:				
روز ..... ماه ..... سال .....				
تاریخ جمع آوری نمونه اول:				
روز ..... ماه ..... سال .....				
تعداد دفعات واکسیناسیون و تاریخ آخرین نوبت دریافت OPV روز ..... ماه ..... سال .....				
تشخیص اولیه بالینی:				
تاریخ ارسال نمونه ها:		نام و نام خانوادگی: رئیس مرکز بهداشت شهرستان		
امضاء				
این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود .				
تاریخ وصول نمونه ها به آزمایشگاه: روز ..... ماه ..... سال ..... نام و نام خانوادگی دریافت کننده نمونه ها				
وضعیت نمونه ها موقع وصول به آزمایشگاه: خوب <input type="checkbox"/> بد <input type="checkbox"/>				
نتیجه آزمایش: P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/> E.V. <input type="checkbox"/> باذکرنوع <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>				
تاریخ: روز ..... ماه ..... سال .....				
رئیس آزمایشگاه				
* نمونه دوم فقط از موارد بیمار جمع آوری شود ، از موارد تماس فقط یک نمونه کافی است .				
نام و سمت تکمیل کننده:		امضاء:		نام و امضاء مسئول مرکز/شبکه: .....

