

نام مرکز / شبکه نام واحد:	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی معاونت امور بهداشتی فرم بررسی انفرادی بیماری CCHF دوره تکمیل فرم: روزانه	کد فرم: ۱۸-۰۴-۱۰۲ تاریخ تکمیل: / / ماه خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>	

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:
سن:	جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	ملیت <input type="checkbox"/>
شغل:	منطقه محل سکونت بیمار: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>	
آدرس محل سکونت بیمار:	کد پستی:	
اطلاعات علائم بالینی		
تاریخ بروز علائم بیماری: / /	تاریخ تشخیص بالینی: / /	
علائم بالینی: شروع ناگهانی علائم <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> درد عضلات <input type="checkbox"/>	علائم غیر اختصاصی بالینی: (سایر علائم بالینی)	
تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>	نوع و محل خونریزی:	
راشهای پتشی <input type="checkbox"/> خونریزی وسیع پوستی <input type="checkbox"/> لته <input type="checkbox"/> بینی <input type="checkbox"/> مقعد <input type="checkbox"/> واژن <input type="checkbox"/> حفره شکم <input type="checkbox"/> محل تزریق سرم <input type="checkbox"/>	ادرار خونی <input type="checkbox"/> استفراغ خونی <input type="checkbox"/> خلط خونی <input type="checkbox"/>	سایر محل های خونریزی:
اطلاعات آزمایشگاهی		
یافته های آزمایشگاهی مهم:	لکوپنی <input type="checkbox"/> ترمبوسیتوپنی <input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/>	
سایر یافته های آزمایشگاهی غیر طبیعی:	افزایش آنزیم های کبدی <input type="checkbox"/> افزایش بیلی روبین توتال <input type="checkbox"/> کاهش هموگلوبین <input type="checkbox"/> هماتوری <input type="checkbox"/>	سایر یافته های آزمایشگاهی غیر طبیعی:
اطلاعات اپیدمیولوژیک		
وضعیت محل سکونت:	وجود کنه در محل سکونت: <input type="checkbox"/>	نگهداری دام مجاور محل سکونت <input type="checkbox"/>
سابقه تماس با دام:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
نوع تماس با دام:	تماس با لاشه و ترشحات تازه دام <input type="checkbox"/> تماس با گوشت و سایر اعضاء بدن دام <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده <input type="checkbox"/>	
سابقه تماس با کنه:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
نوع تماس با کنه:	گزش کنه <input type="checkbox"/> دستکاری کنه و له کردن آن <input type="checkbox"/>	
تماس با بیمار مشکوک:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
سابقه مسافرت:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
آدرس محل مسافرت:	سابقه تماس در طی مسافرت:	سابقه مسافرت: به منطقه روستایی <input type="checkbox"/> سابقه تماس با دام <input type="checkbox"/>
مرکز ارجاع کننده بیمار مشکوک:	مطب خصوصی <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی و درمانی <input type="checkbox"/>	
درمانگاه <input type="checkbox"/>	سایر:	
نام بیمارستان محل بستری:	ابتلا سایر افراد خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
تعداد افراد مبتلا در خانواده:	اقدامات درمانی:	تجویز ریباورین <input type="checkbox"/> تزریق خون <input type="checkbox"/> کورتیکواستروئید <input type="checkbox"/> پلاسما <input type="checkbox"/> پلاکت <input type="checkbox"/> آدرنالین <input type="checkbox"/> آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/>
مدت تجویز ریباورین به روز:	تاریخ تهیه نمونه اول:	تاریخ ارسال نمونه اول:
	تاریخ تهیه نمونه دوم:	تاریخ ارسال نمونه دوم:
	تاریخ تهیه نمونه سوم:	تاریخ ارسال نمونه سوم:
نتیجه آزمایش تشخیصی سرم اول:	+IgM <input type="checkbox"/> -IgM <input type="checkbox"/> +IgG <input type="checkbox"/> -IgG <input type="checkbox"/> +RT-PCR <input type="checkbox"/> -RT-PCR <input type="checkbox"/>	
نتیجه آزمایش تشخیصی سرم دوم:	+IgM <input type="checkbox"/> -IgM <input type="checkbox"/> +IgG <input type="checkbox"/> -IgG <input type="checkbox"/> +RT-PCR <input type="checkbox"/> -RT-PCR <input type="checkbox"/>	
نتیجه آزمایش تشخیصی سرم سوم:	+IgM <input type="checkbox"/> -IgM <input type="checkbox"/> +IgG <input type="checkbox"/> -IgG <input type="checkbox"/> +RT-PCR <input type="checkbox"/> -RT-PCR <input type="checkbox"/>	
تشخیص بیمار بر اساس تعریف مورد بیماری: <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> قطعی	در صورت غیر قطعی بودن محتمل ترین تشخیص به غیر از CCHF: لیپتوسپیروز <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> سپتی سمی <input type="checkbox"/> مننگوکوکسمی <input type="checkbox"/> پونومونی <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	سایر:
عاقبت بیماری: بهبودی <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	تاریخ فوت:	
هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری:	

نام و سمت تکمیل کننده:	امضاء:	نام و امضاء مسئول مرکز:
------------------------	--------	-------------------------

