

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۴-۰۵

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک موارد لپتوسپیروز

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد	شماره	شغل	محل سکونت		تاریخ بروز علائم	تاریخ تشخیص	منبع احتمالی بیماری	نوع آب مصرفی	نوع و نتیجه آزمایش تشخیصی	نتیجه بیماری	
					شهر	روستا						فوت	بهبودی

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

نام واحد :

معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۰۶-۰۴-۱۰۲

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک موارد تب مالت

دوره تکمیل فرم: ماهانه

ماه

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

منبع احتمالی بیماری			نتیجه آزمایشها		تاریخ تشخیص	تاریخ بروز اولین علائم	شغل	جنس	سن	ملیت	محل سکونت		نام و نام خانوادگی	ر.ب.ف.
											روستا	شهرستان		
استفاده از فرآورده های شیر ی غیر پاستوریزه		تماس مستقیم با دام	تیتراژ کومبس رایت ۲ کشت مغز استخوان	تیتراژ رایت ۱							روستا	شهرستان		
نمونه	نام فرآورده	نمونه	نمونه	نمونه										

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز :

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

کد فرم ۱۰۲-۰۴-۰۷

تاریخ تکمیل: / /

ماه

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک کیست هیداتیک

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل سکونت		سن	جنس	تغذله	میلت	سابقه تماس با سگ		منبع احتمالی بیماری			تاریخ بروز اولین علائم بیماری	تاریخ تشخیص	عضو مبتلا	تعداد کیست	اقدامات درمانی		نتیجه درمان		
		شهر	روستا					ناردر	ناردر	سگ	باز بیا	مشخص					داروئی	جراحی	بهبود	فوت	

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۴-۰۸

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک سالک

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

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

رتبه	نام و نام خانوادگی	محل سکونت		تین	کپن	عضو مبتلا	میزب	تعداد ضایعات	مخزن		نوع سالک		تاریخ بروز علائم	تاریخ تشخیص	نحوه تشخیص		نتیجه درمان	
		شهر	روستا						انسان	حیوانه	خشک (شهری)	مرطوب (روستایی)			بالینی	آزمایشگاهی	بهبود	مقاوم به درمان

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۴-۰۹

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک کالاآزار

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

نتیجه درمان		نوع آزمایشات		تاریخ تشخیص	تاریخ بروز اولین علائم	مخزن		ملیت	جنس	سن	محل سکونت		نام و نام خانوادگی	ردیف
		سایر (IFA و ...)	DAT			روباه	سگ				روستا	شهر		
فوت	بهبودی													

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۴-۱۰

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک سیاه زخم

دوره تکمیل فرم: ماهانه

ماه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل سکونت		ملین	سن	جنس	تولد	تاریخ بروز علائم	تاریخ تشخیص	نوع بیماری	محل ضایعه	نوع و نتیجه آزمایش			تشخیص بالینی	منبع احتمالی آلودگی	عاقبت بیماری	
		روستا	شهر									IFA	اسمیر	کشت			بهبود	فوت

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۱-۰۴-۱۰۲

تاریخ تکمیل: / /

ماه

فرم خام بیماری های مشترک بین انسان و حیوان

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

ملاحظات	لپتوسپیروز		CCHF		کیست هیداتید		سیاه زخم		کالآزار		سالم		تب مالت		موارد حیوان گزیدگی		نام مرکز بهداشت/ شبکه بهداشت و درمان	
	تحت پوشش	کشف شده	تحت پوشش	کشف شده	تحت پوشش	کشف شده	تحت پوشش	کشف شده	تحت پوشش	کشف شده	تحت پوشش	کشف شده	تحت پوشش	کشف شده	خارج از محدوده	محدوده		
																	جدید	
																	تزایدی	
																	جدید	
																	تزایدی	
																	جدید	جمع کل
																	تزایدی	

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۴-۱۲

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

لیست خطی موارد مشکوک به بیماری کروتزفیلد جاکوب (CJD) و شکل جدید بیماری (VCJD)

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

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

محرمانه

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس	سن	شغل	مشکوک به		اولین علامت	تاریخ بروز علامت	وضع بیمار		مسافرت خارج از کشور		نام بیمارستان تاریخ بستری	گزارش دهنده	گزارش گیرنده	اعلام به اداره کل	اعلام به سایر دانشگاهها	آدرس و تلفن		
					VCJD	CJD			تحت نظر	فوت شده	دارد	ندارد								

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:



نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۳-۰۴-۱۰۲

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل سکونت		جنسیت	سن	نسب	تعلیم	تاریخ بروز علائم	تاریخ تشخیص	تاریخ تهیه سرم			تشخیص بالینی			عاقبت بیماری		
		شهر	روستا							نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	بهبود	فوت	

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۴-۰۴-۱۰۲

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک موارد بیماری تب های راجعه

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

ماه .. سال ..... ۱۳۸۸

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	جنس	سن	شغل	تاریخ تهیه نمونه	تاریخ آزمایش	نوع لام		منبع گزارش	وضعیت بیمار		سکونت	آدرس
								اکتیو	پاسیو		بهبودی	فوت		

	تعداد کل لام
	تعداد لام اکتیو
	تعداد لام پاسیو

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

