

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم بررسی انفرادی اسهال خونی

استان..... شهرستان..... تاریخ گزارش.....

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی..... نام پدر..... سن..... شغل..... تاریخ بروز..... تعداد افراد خانوار.....
تاریخ مراجعه..... آدرس..... تلفن.....

ساکن: شهر روستای تحت پوشش: خانه بهداشت تیم سیاری

علامه بالینی:

نامشخص	خیر	بله	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسهال خفیف (کمتر از ۳ بار)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسهال شدید (بیش از ۴ بار)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دل درد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود کف و بلغم در مدفوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود خون در مدفوع

سایر شکایات ذکر شود:

علامه آزمایشگاهی: نام آزمایشگاه:..... نتیجه آزمایش مدفوع: کشت: مثبت منفی
مستقیم:..... نوع میکروب: شیگلا سالمونلا ای.کلی ویبریو کلرا سایر

سابقه مسافرت: بله خیر

نحوه درمان: سرپایی بستری نام بیمارستان..... تعداد روزهای بستری.....
طول مدت درمان..... نوع داروی تجویز شده:.....

منبع آب آشامیدنی:

چاه چشمه لوله کشی شهری قنات سایر.....

دفع فاضلاب: چاه رودخانه سیستم فاضلاب سایر.....

وضع توالت: دارد بهداشتی غیر بهداشتی ندارد

نتیجه درمان: بهبودی عود عارضه فوت

نام و امضای بررسی کننده