

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## مرکز بهداشت استان

## مرکز بهداشت شهرستان...

## فرم بیماریابی فاسیولیاژیس (فرم شماره ۱)

نام و نام خانوادگی :	نام پدر:
سن :	جنس:
شغل اصلی:	شغل فرعی:
تحصیلات :	تعداد افراد خانوار:
آدرس محل سکونت:	
تلفن:	
علائم بیماری:.	
<b>در صورت داشتن هر یک از علائم دور آن خط کشیده شود.</b>	
تب	درد شکم
تبدل در ناحیه شانه	اختلالات گوارشی
زردی	کم خونی
	خارش پوست
تاریخ شروع اولین علائم بیماری :	
آیا بیمار در چند ماه گذشته سابقه مصرف سبزیجات خود روی محلی (آبزی و خشکی زی) یا سایر سبزیجات خام دارد ؟	
بله	خیر
آیا بیمار در چند ماه گذشته سابقه نوشیدن آب های سطحی یا شنا در آن را دارد ؟	
بله	خیر
آیا فرد دیگری در خانواده مبتلا به فاسیولیاژیس شده است؟	
بله	خیر
تعداد مبتلایان:	
آیا فرد سابقه مسافرت در ۶-۲ ماهه گذشته را دارد؟	
بله	خیر
در صورت جواب مثبت محل مسافرت ذکر گردد.	
نام و نام خانوادگی وامضاء تکمیل کننده پرسشنامه :	

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.....**  
**مرکز بهداشت شهرستان .....**  
**فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماری فاسیولایزیس (فرم ۲)**

نام:		نام خانوادگی:		آدرس:		منبع گزارش بیماری:	
مرد:		جنس:		نام پدر:		تلفن:	
چند نفر از افراد خانواده مبتلا شده اند؟		تعداد افراد خانواده:		تصویبات:		شغل اصلی:	
تلفن:		روستا:		ساکن:		شهر:	
خبر		بلی		بلی		-آیا سابقه مصرف سبزیجات محلی (مانند خالاش) و یا مواد غذایی تهیه شده از سبزیجات محلی از قبل نمک سبز، زیتون پرورده و غیره دارد؟ بلی	
ندارد		دارد		-تاریخ بروز اولین علامت بالینی			
نتیجه:		تاریخ:		تاریخ تشخیص (تاریخ مراجعه به پزشکی)		نتیجه:	
نتیجه:		تاریخ:		نوع آزمایشات:		تاریخ:	
نتیجه:		تاریخ:		نوع آزمایشات:		نتیجه:	
نتیجه:		تاریخ:		WBC- EOS(درصد) -مدفوع(نختم انگلی)		تاریخ:	
نتیجه:		تاریخ:		ELISA- -ممانعت (همه آنتی بادیها) -ایمونو فلورسانس (IHA)		تاریخ:	
نتیجه:		تاریخ:		نوع آزمایشات:		نتیجه:	
نتیجه:		تاریخ:		- وسترن بلات (W.B) - ایمونوالکتروفورز (C.C.IE) - آنزیم های کبدی		تاریخ:	
نتیجه:		تاریخ:		-تاریخ تجویز دارو:			
نتیجه:		تاریخ:		دارد:		ندارد:	
نتیجه:		تاریخ:		نوع دارو:		نام دارو:	
نتیجه:		تاریخ:		سابقه درمان قبلی:			
نتیجه:		تاریخ:		درمان فعلی:			
نتیجه:		تاریخ:		نام پزشک معالج:			
نتیجه:		تاریخ:		مدت مصرف:			