مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

**مراقبت التور ( فرم شماره 8 ) فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری وبا**

**منبع خبر :**

**تاریخ گزارش : .................................. نام و نام خانوادگی گزارش دهنده : ............................................**

**نام و مرجع ارائه خدمات : ............................... ................................ شماره تلفن : .................................**

**مشخصات بیمار :**

**نام و نام خانوادگی : ................................ تاریخ تولد : ................................ شغل : ................................ جنس : ................................**

**وضعیت تأهل : مجرد متاهل تعداد افراد خانوار : ............................**

**آدرس محل سکونت و شماره تلفن : ............................................................. ............................... ................................**

**ساکن شهر : ............................... شهرستان : ............................ استان : ................................**

**ساکن روستای : ....................... تحت پوشش خانه بهداشت روستای قمر تیم سیار**

**نام پدر : ................... نام مادر : ................................................**

**آدرس محل کار و شماره تلفن** : .................................................................................................................................................

**وضعیت بالینی :**

**تاریخ شروع علائم : ........................ تاریخ مراجعه : ...............................**

**شدید خفیف بدون علامت**

**نحوه ارائه خدمات : بستری سرپایی**

**اطلاعات آزمایشگاهی**

**نام آزمایشگاه : .............................................. آدرس آزمایشگاه : .................................................................. تلفن ثابت همراه**

**تاریخ آزمایش نمونه سروتیپ : اوگاوا اینابا هیکو جیما**  **ناک**

**بررسی اپیدمیو لووژیکی :**

**تاریخچه تماس ها و مسافرت :**

**کلیه محلها و شهرهای دیگر خارج از روستا / شهر محل زندگی و یا محل کار بیمار که طی یکهفته پیش به آنجا مسافرت نموده است :**

**محل تاریخ مسافرت**

................................... ................................ تا ..................................

.................................................... ................................. تا ..................................

.............................................. .................................... تا .................................

................................................ ...................................... تا ..................................

**کشت مدفوع انجام شده برای افراد درمعرض تماس :** (درصورت نیاز بیشتر از پشت صفه استفاده شود.)

**نام ونام خانوادگی :** ......................... **سن** : **جنس** : **نسبت با بیمار** : **نتیجه کشت :**

1. ................................... ................................ .................................. ........................................... ...............................
2. ................................... ................................ .................................. ........................................... .................................
3. ................................... ................................ .................................. ........................................... ...................................

**منبع آب آشامیدنی :**

**سد چاه چشمه رودخانه قنات غیره ( مشخص شود** ) ..................................................

**شکل توزیع آب :**

**لوله کشی شهری لوله کشی روستایی شیر آب عمومی تانکر است غیره ( مشخص شود )** .........................

**کیفیت آب آشامیدنی :**

**آیا کلر زنی می شود ؟ بلی خیر مقدار کلر باقیمانده : ...... تاریخ : ....................**

**نتیجه آزمایش باکتریو لوژیک : .............................. تاریخ : .........**

**وضع دفع فاضلاب:**

**دفع در رودخانه ............................. دفع در چاه .................................... سیستم دفع فاضلاب ................... سایر ( مشخص شود ) ................**

**وضع توالت : دارد بهداشتی غیر بهداشتی**

**ندارد**

**درمان :**

**داروی تجویز شده :**

**نوع آنتی بیوتیک** .............................................. **مقدار روزانه** ......................... **مدت درمان** ....................................

**نتیجه درمان :**

**بهبودی کامل** **بهبودی با عارضه ( نوع عرضه ذکر شود )** ......................................................... **فوت**

**نام بررسی کننده** ..........................................................................................................

**محل کار** : ..................................................................  **عنوان :** ................................................................. **امضاء**  **تاریخ :**

**تلفن : ثابت همراه**