

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۹-۰۴-۱۰۲

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی انفرادی بیماری تب مالت

ماه 

دوره تکمیل: روزانه

 خانه بهداشت: مرکز بهداشتی درمانی روستایی مرکز بهداشتی درمانی شهری

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:	سن:
جنس:	ملیت:	شغل:	سواد:	کد پستی:
آدرس محل سکونت:				
آیا سابقه تماس با دام داشته است؟				
سابقه تماس با دام در ۱۸ ماه گذشته				
۱- تماس با ترشحات دام بعد از زایمان <input type="checkbox"/> ۲- تماس با جنین سقط شده دام <input type="checkbox"/> ۳- تماس با دام زنده <input type="checkbox"/> ۴- ذبح دام <input type="checkbox"/>				
۵- تماس با لاشه و ترشحات پس از ذبح <input type="checkbox"/> ۶- تماس با گوشت و اعضاء بدن <input type="checkbox"/>				
سابقه استفاده از فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه				
۱- شیر <input type="checkbox"/> ۲- شیر محلی نجوشیده <input type="checkbox"/> ۳- پنیر <input type="checkbox"/> ۴- خامه <input type="checkbox"/> ۵- کره <input type="checkbox"/> ۶- آغوز <input type="checkbox"/> ۷- سایر <input type="checkbox"/>				
نگهداری دام در محل سکونت    ۱- وجود سقط جنین دام در محل سکونت <input type="checkbox"/> ۲- نگهداری دام مجاور محل سکونت <input type="checkbox"/>				
سابقه واکسیناسیون دام های منطقه    ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد <input type="checkbox"/>				
ابتلا سایر افراد خانواده:    مورد بیماری: جدید <input type="checkbox"/> شکست درمان <input type="checkbox"/>				
تاریخ بروز علائم بیماری:    تاریخ تشخیص بالینی:				
نتیجه آزمایش:    رایت:    کومبس رایت:    ME:    سایر آزمایشات:				
نوع دارو:				
تتراسایکلین <input type="checkbox"/> داکسی سیکلین <input type="checkbox"/> استرپتومایسین <input type="checkbox"/> جنتا مایسین <input type="checkbox"/> کوتریموکسازول <input type="checkbox"/> ریفامپین <input type="checkbox"/> سایر موارد ..... <input type="checkbox"/>				
داروهای تجویز شده قبلی:				
مدت درمان قبلی:				
هماهنگی با اداره دامپزشکی انجام شده است؟				
سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید.				

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

