

نام مرکز / شبکه نام واحد:	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی معاونت امور بهداشتی فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به سرخجه دوره تکمیل فرم: روزانه	کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۲۱ تاریخ تکمیل: / / ماه: <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی روستایی: <input type="checkbox"/> خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>		

منطقه: (۱- شهری ۲- روستایی ۹- نامشخص) منبع گزارش: (۱- خانه بهداشت ۲- مرکز بهداشتی درمانی ۳- بیمارستان دولتی ۴- بیمارستان خصوصی ۵- مطب ۶- درمانگاه خصوصی ۷- آزمایشگاه ۸- سایر ۹- نامشخص)

تاریخ اعلام گزارش: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت استان:

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: (۱- مذکر ۲- مؤنث)

تاریخ تولد: سن بر حسب سال و ماه: ملیت:

آدرس:

تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخجه/ MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت): نامشخص

سرخجه:	MMR	MR		
نوبت اول	نوبت اول	دریافت واکسن در بسیج همگانی	آخرین نوبت	واکسیناسیون
آخرین نوبت	آخرین نوبت			

یافته‌های بالینی:

تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات: (۱- ماکولوپاپولر ۲- وریکولر ۳- سایر) در صورت مؤنث بودن آیا بیمار باردار است: ۱- بلی ۲- خیر

علامت: (۱- دارد ۲- ندارد ۳- نامشخص) تب: تاریخ شروع تب: سرفه بزرگی غدد لنفاوی کدام مناطق بدن: آبریزش از بینی قرمزی ملتحمه چشم

درد مفاصل چندمفصل: مدت: تورم مفاصل چندمفصل: مدت:

سایر علائم:

آیا بیمار بستری شده است: بلی خیر نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی: علت مرگ: تاریخ فوت: آیا بیمار فوت شده است: بلی خیر

منبع احتمالی عفونت: (۱= بلی ۲= خیر ۹= نامشخص)

۱- آیا در یکماه اخیر تماسی با موارد مشکوک به سرخجه داشته است؟

۲- آیا مورد تأیید شده سرخجه در طی یکماه اخیر در این منطقه وجود داشته است؟

۳- آیا بیمار در یکماه اخیر مسافرتی داشته است؟ محل مسافرت:

- آیا بیمار با خانم باردار در طی دوران بروز علائم تماس داشته است؟ (نام و مشخصات خانم بارداری ثبت و بررسی شود)

یافته‌های آزمایشگاهی:

این قسمت پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل می‌گردد:

۱- تاریخ نمونه گیری خون: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

۲- تاریخ نمونه گیری ادرار: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

۳- تاریخ نمونه گیری حلق: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

نتیجه آزمایش از نظر: سرخک سرخجه (۱- مثبت ۲- منفی ۹- نامشخص)

طبقه‌بندی نهایی: تاریخ طبقه بندی نهایی:

مردود تشخیص نهایی ذکر گردد:

تایید شده (۱- سرخک ۲- سرخجه ۳- سایر)

تأیید شده به وسیله: (۱- آزمایشگاه ۲- بالینی ۳- اپیدمیولوژیک)

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز: