

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۰۳

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی سیاه سرفه

ماه

منبع خبر:

تاریخ گزارش..... فرد گزارش دهنده.....

.....

نام و آدرس موسسه..... شماره تلفن.....

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی..... تاریخ.....

تولد..... /..... /..... جنس..... شغل.....

وضعیت تحصیلی..... تعداد افراد خانواده..... نام پدر.....

آدرس:

ساکن

شهر..... شهرستان..... استان..... تلفن.....

وضعیت بستری:

بیمار بستری شده؟ بله خیر

نام بیمارستان..... شماره پرونده پزشکی..... تاریخ بستری.....

.....

داروی تجویز شده..... نام پزشک معالج.....

علائم و نشانه ها:

تاریخ شروع سرفه..... مدت سرفه به هفته.....

آیا دوره پاروکسیمال وجود دارد؟ بله خیر

آیا هوپ بعد از سرفه وجود دارد؟ بله خیر

پرخونی ملتحمه چشم؟ بله خیر

آیا تشنج دارد؟ بله خیر

آیا تنگی نفس دارد؟ بله خیر

آیا همراه سرفه استفراغ وجود دارد؟ بله خیر

آیا هنوز سرفه دارد؟ بله خیر

آیا سیانوزیس در هنگام سرفه دارد؟ بله خیر

- هر کدام از جواب های بالا را در صورت مثبت بودن توضیح دهید.

.....
.....

اطلاعات آزمایشگاهی:

جمع WBC..... درصد لنفوسیت.....

نتیجه سوآب نازوفارنکس مثبت منفی نامشخص

نتیجه کشت مثبت منفی نامشخص

تاریخچه ایمن سازی:

تعداد واکسن DPT تزریق شده.....

آیا سابقه ایمن سازی بصورت مدون وجود دارد؟ بله خیر نامشخص
 در صورت مثبت بودن تاریخ های تلقیح شده : اول(.....) دوم (.....) سوم(.....) چهارم(.....)

در صورت منفی بودن ذکر دلیل آن.....

محل ایمن سازی

دولتی خصوصی خیریه خانه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی تیم سیار

درمان:

آیا بیمار تحت درمان قرار گرفته است؟ بله خیر
 در صورت مثبت بودن وضعیت آن بستری سرپایی
 علت بستری

شدن.....

نام پزشک معالج..... نام بیمارستان.....

تشخیص:

برونشیت بله خیر
 پنومونی بله خیر
 نتیجه عکسبرداری مثبت منفی نامشخص
 نظریه پزشک معالج

بررسی اپیدمیولوژیکی:

آیا به لحاظ احتمال یا وجود سیاه سرفه در 4 هفته اخیر مسافرتی داشته است؟ بله خیر

نام محل تاریخ مسافرت

..... از تاریخ تا تاریخ.....
 از تاریخ تا تاریخ.....
 از تاریخ تا تاریخ.....

گروه هایی که بیمار با آنها تماس داشته در یک فهرست بنویسید.

نام	سن	جنس	تاریخ بروز علائم	زمان سرفه(هفته)	تعداد واکسیناسیون نسبت به DPT(ثلاث)
.....
.....
.....

- در صورت احتمال وجود سیاه سرفه حتما" بایستی جداسازی انجام گیرد.

- در صورتی که افراد دیگری نیز با بیماران تماس داشته اند اسامی آنها را بنویسید.

- مشخصات تمام اعضای خانواده در سن ابتلا نوشته شود .

نام	سن	جنس	تعداد تلقیح DPT	تعداد واکسیناسیون نسبت به DPT(ثلاث)
.....
.....
.....
.....

اقدامات انجام شده در مواردی که با بیمار در تماس بوده اند:

● از نظر واکسیناسیون

نوبت اول ثلاث □ نوبت دوم ثلاث □ نوبت سوم ثلاث □ نوبت چهارم ثلاث □ نوبت پنجم ثلاث □

● از نظر آنتی بیوتیک و نوع آنتی بیوتیک

نتیجه بیماری:

بهبود □ فوت □ تاریخ فوت □

نام بررسی کننده

عنوان

محل کار

تاریخ

امضا