

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی مننژیت

ماه



منبع خبر:

تاریخ گزارش..... نام و نام خانوادگی گزارش دهنده.....

نام مرکز گزارش دهنده..... تلفن.....

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی..... تاریخ.....

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

وضعیت تاهل..... نام پدر.....

آدرس محل

سکونت.....

تلفن.....

تحت پوشش خانه بهداشت..... روستای قمر..... تیم سیار.....

وضعیت بستری:

نام بیمارستان.....

شماره پرونده پزشکی..... تاریخ بستری..... نام پزشک

معالج.....

تاریخ شروع بیماری.....

داروهای تجویز شده.....

آنتی بیوتیک قبل از LP.....

آنتی بیوتیک بعد از LP.....

کورتن.....

طول درمان.....

علائم و نشانهها:

تب.....

نامشخص نامشخص بله خیر بله خیر نامشخص

استفراغ

سفتی گردن

علائم عصبی

(شرح علامت):.....

شکایات بیمار:

نامشخص نامشخص بله خیر بله خیر نامشخص

سر درد

تهوع

استفراغ

(شرح علامت):.....

اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ انجام آزمایش..... /..... /..... نوع آزمایش.....

آزمایش مایع نخاع:

شفافیت: کدر..... گز انتروم..... چرکی..... خونی.....

فشار CSF: بالا..... پایین..... طبیعی.....

تعداد سلول.....

تعداد لنفوسیت به درصد.....

تعداد پلی مرفونوکلر به درصد.....

مقدار پروتئین.....

مقدار قند.....

رنگ آمیزی گرم.....
 لاتکس.....
 کشت.....
 نوع مننژیت

C.B.C

Hg.....Hct.....WBC.....P.....L.....H.....E.....B.....
 ESR.....Platelets.....

طبیعی غیرطبیعی

رادیوگرافی ریه

رادیوگرافی سینو سهای پارانازال

سوابق بیمار:

نامشخص	خیر	بلی	
.....	1 - اوتیت میانی
.....	2 - ماستوییدیت
.....	3 - سینوزیت
.....	4 - آندوکاردیت
.....	5 - ضربه به سر
.....	6 - طحال برداری
.....	7 - پینومونی

بررسی اپیدمیولوژی:

نامشخص	خیر	بلی	
.....	تاریخچه تماس
.....	مسافرت
.....	عمل جراحی روی سر

عوارض بیماری:

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| شماره عصب مغزی | 1 - اختلال اعصاب مغزی |
| 9- آرتريت سپتيك | 2 - علائم عصبی مغزی |
| 10- عفونت مناسناتايك | 3 - ادم مغزی |
| 11- شوک سپتيك | 4 - تشنج |
| 12- كرى دائم | 5 - وانژيكوليت |
| موقت | 6 - افوزيون سابدورال |
| 13- پركارديت چركى | 7 - هيدروسفالى |
| محل | 8 - ترموفلبيت |
| 14- ساير عوارض | |

گروه هایی را که با بیمار تماس داشته در یک فهرست بنویسید . (نام مدرسه - مکان مذهبی - سربازخانه - گروه های اجتماعی دیگر)

نام گروه..... محل..... تاریخ تماس.....

آیا بیمار دیگری در خانواده وجود دارد؟بله.....خیر.....

نام	سن	جنس	نسبت	تاریخ بروز علائم
.....

اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس :

نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت	اقدامات انجام شده
.....

نتیجه و درمان:

بهبود..... فوت..... تاریخ فوت...../...../.....

نام بررسی کننده..... عنوان.....

امضا..... تاریخ..... محل کار.....