وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني شهید بهشتی**

نام شهرستان:مرکز بهداشت شرق تهران بيمار شهرستان دانشگاه سال

مركز گزارش دهنده .............................. كد

# فرم بررسي موارد هپاتيت هاي ويروسي منتقله از راه خون

## نام و نام خانوادگي : نام پدر: جنس: کدملی : وضعیت تأهل: شغل :

**سن** 00= كمتر از يكسال **محل سكونت:** شهرستان .......................... شهر ................................روستا ................................عشاير................

99= نامشخص

نشاني :...............................................................................................................................................................................................تلفن تماس :...............................

**واكسيناسيون** : انجام شده انجام نشده

نوبت دوز دريافت شده (صفر تا 3) كارت حافظه تاريخ دريافت آخرين نوبت ...................................

**علت بررسي : (كليه موارد مرتبط علامت گذاري شود ) :**

### 1- بروز علائم هپاتيت حاد 2- افزايش آنزيمهاي كبدي 3- سابقه اعتياد تزريقي 4- حاملگي 5- نوزاد مادر آلوده

### 6- تماس جنسي مشكوك 7- افراد خانوار فرد آلوده 8- تزريق خون و يا فرآورده هاي خوني 9- دياليز 10- شاغلين بهداشت و درمان 11- دريافت خدمات دندانپزشكي

### 12-پيگيري بعلت آلودگي شناخته شده قبلي 13- اهداء خون يا عضو 14- بررسي داوطلبانه 15- بررسي فرد بدون علامت با عوامل زمينه ساز 16- ساير

#### اطلاعات باليني فرد آلوده به هپاتيت يافته هاي آزمايشگاهي

آيا داراي علامت باليني است : خير بلي تهوع و استفراغ درد شكم تب نامشخص منفي مثبت HBs Ag

تاريخ بروز اولين علائم ....../....../....... زردي سايرعلائم نامشخص منفي مثبت ‌HBe Ag

تاريخ تشخيص......./........./........ نامشخص منفي مثبت IgM anti HBc

آيا بيمار بعلت هپاتيت بستري شده؟ بلي خير نامشخص منفي مثبت IgM anti HAV

آيا بيمار دراثر هپاتيت فوت نموده ؟ بلي خير تاريخ فوت ............ نامشخص منفي مثبت anti HCV Elisa

آيا بيمار حامله بوده ؟ بلي خير سن حاملگي ......... نامشخص منفي مثبت anti HCV RIBA

آيا علائم باليني سيروز دارد ؟ بلي خير نامشخص منفي مثبت anti HDV Ab

SGOT……………SGPT…………Bilirubin …..U/A……CBC

Others:

**تشخيص نهايي :**

هپاتيت B حاد مزمن هپاتيت C حاد مزمن هپاتيت حاد D هپاتيت حاد G ساير هپاتيت ها ...........

آلودگي مزمن HBV بدون علامت و فعال آلودگي HCV بدون علامت و فعال ناقل غيرفعال B C سيروز ساير.............

**اين قسمت در صورت تشخيص باليني هپاتيت حاد طي 4 هفته تا 6 ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگي بر اساس سابقه قبلي تكميل مي گردد**

1- آيا بيمار در تماس با مورد مشكوك يا قطعي هپاتيت B يا C ، ............بوده است ؟ بلي خير نامشخص

درصورت بلي، نوع تماس : تماس جنسي تماس غيرجنسي در خانواده ساير تاریخ تماس: .................. نام ونام خانوادگي مورد شناخته شده هپاتيت كه بيمار با وي در تماس بوده است .................................... آدرس: ......................................................................................................................................

تلفن : .............................

2- آيا بيمار تزريق خون يا فرآورده خوني داشته است ؟ بلي خير نامشخص در صورت بلي ، نوع فرآورده و تعداد واحد دريافتي: ................................................................ تاریخ دریافت : ......................... نام مركز تزريق خون و فرآورده هاي خون .......................................

3- آيا تماس تصادفي شغلي (پاشيدن خون ، فرورفتن سوزن و .............) داشته است ؟ بلي خير نامشخص تاریخ تماس : ......................... نام وآدرس مركز موردنظر .............................................................................................................................................................................................................

4- سابقه كداميك از موارد ذيل را داشته است ؟

دياليز دندانپزشكي خالكوبي ازدواج (دائم ياموقت)

جراحي تزريق داروي غيرمخدر سوراخ كردن گوش يا بيني اقامت در زندان يا مركز بازپروري

اندوسكوپي تزريق مواد مخدر حجامت ختنه ساير....................................

درصورتي كه هر يك از موارد فوق مثبت است تاريخ تماس و آدرس محل ذكر شود .

.................................................................................................................................................................................................................................................................

5- درصورتي كه فرد باردار است تاريخ تقريبي زايمان: ............................ نام و محل مركز انجام مراقبت هاي بارداري كه به آن مراجعه مي كند: ................................

6- آيا بيمار بستري است ؟ بلي خير نام مرکز بستری .........................................................

**پيگيري موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ تشخيص** | **تاريخ بررسي** | **نتايج آزمايشات موردنياز** | | | | | | | | | | **ملاحظات** |
| **HBs-Ag** | **antiHBc** | **AST** | **ALT** | **Alb** | **PLT** | **PT** | **\*α FP** | **سونوگرافي كبد** | **ساير** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

رصورتي كه HBsAg منفي باشد **antiHBc** انجام مي گردد. درصورتي كه هر دوي اين تست ها منفي باشد يك سال بعد معاينه و ازمايش مجدد از سوي پزشك انجام مي گردد.

\* در موارد آلودگي در مردان بالاي 40 سال بالاخص با سابقة خانوادگي HCC انجام آزمايش **α FP** و سونوگرافي هر شش ماه در ساير موارد به فاصله شش تا دوازده ماه توصيه مي شود.

نام و سمت گزارشگر ............................................................................................... تاريخ گزارش :......../.........../.............. امضاء :............................................

**بـررسي اطرافيان فرد آلوده**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام | نام خانوادگي | تاريخ بررسي | نتايج آزمايشات موردنياز | | | | انجام واكسيناسيون HBV | تاريخ تزريق واكسن | | | آموزش | | مشاوره | | نياز به پيگيري بعدي | |
| HBs-Ag | antiHBc | HCVAb\* | ساير | نوبت اول | نوبت دوم | نوبت سوم | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |

**\*** نوع آزمايش انجام شده ( Elisa يا RIBA) مشخص شود .