**مركز / شبكه دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني شهيد بهشتي كد فرم :02-01-102**

**نام واحد : معاونت امور بهداشتي تاريخ تكميل : / /**

**فرم پايش هفتگي مراقبت فعال براي كشف موارد فلج شل حاد و سرخك ماه**

**دوره تكميل فرم : هفتگي**

**نوع واحد:** از تاریخ..........................لغایت.........................

بیمارستان ......................................... مركز سلامت جامعه شهريمركز سلامت جامعه روستاييخانه بهداشت

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)  بخشها | (2)  تعداد بخشهاي موجود | (3)  تعداد موارد فلج شل حاد و سرخك و سرخجه مادرزادي در مدارك پزشكي بيماران بستري | | | | | | | | (4)  تعداد موارد فلج شل حاد و سرخك و سرخجه مادرزادي در مدارك پزشكي بيماران سرپايي | | | | | | | | (5)  جمع موارد فلج شل حاد و سرخك و سرخجه مادرزادي | | | | | | | | (6)  ذكر دلايل عدم گزارش | (7)  تعداد بازديد انجام‌شده | (8)  درصد تحقق بازديدها |
| گزارش‌شده | | | | گزارش‌نشده | | | | گزارش‌شده | | | | گزارش‌نشده | | | | گزارش‌شده | | | | گزارش‌نشده | | | |
| **فلج شل حاد** | **سرخك** | **سرخجه مادرزادی** | **مننژیت منتشر** | **فلج شل حاد** | **سرخك** | **سرخجه مادرزادي** | **مننژیت منتشر** | **فلج شل حاد** | **سرخك** | **سرخجه مادرزادی** | **مننژیت منتشر** | **فلج شل حاد** | **سرخك** | **سرخجه مادرزادی** | **مننژیت منتشر** | **فلج شل حاد** | **سرخك** | **سرخجه مادرزادي** | **مننيژیت منتشر** | **فلج شل حاد** | **سرخك** | **سرخجه مادرزادي** | **مننژیت منتشر** |  |  |  |
| **عفوني** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **توانبخشي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مدارك پزشكي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اعصاب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كودكان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **كلينيك سرپايي بيمارستان و اورژانس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** اگر موردي از بيماريهاي فوق يافت نشد در ستونها 3 و 4 يا 5 عدد صفر منظور گردد.

**نام و سمت تكميل كننده : امضاء : نام و امضاء مسئول مركز/شبكه :‌...........**