**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 :‌...........**