

نام واحد :

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل : / /

فرم بررسی دیفتری

ماه

نوع واحد : مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

شماره شناسایی										
تاریخ علائم بیماری به مرکز بهداشت شهرستان										
سال	ماه	روز	تاریخ بررسی:			سال	ماه	روز		
نام و نام خانوادگی بیمار		جنس:			مرد <input type="checkbox"/>		زن <input type="checkbox"/>			
تاریخ تولد		روز	ماه	سال	سن (اگر تاریخ تولد نامشخص نباشد)		چندسال	چند ماه		
آدرس:					روستا / شهری / شهر					
شهرستان:					استان:					
تاریخچه بیماری										
تاریخ شروع بیماری:										
علائم										
فارنژیت <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		آیا غشاء کاذب چسبنده در بینی ، حلق و لوزه ها وجود دارد ؟		
التهاب لوزه ها		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		لارنژیت		
آیا بیمار تحت درمان بوده است ؟		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		اگر بلی نام محل درمان مرکز بهداشتی درمانی بیمارستان		
تاریخ بستری (در صورت بستری شدن)										
آنتی بیوتیک مصرف کرده است ؟		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		تاریخ شروع مصرف		
آنتی توکسین مصرف کرده است ؟		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		تاریخ تجویز آنتی توکسین		
واکسیناسیون قبلی (DPT,DT,dt)		بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>		تعداد کل دوزها		
نتایج آزمایشگاهی		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
نمونه حلق		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
نمونه بینی		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
سایر نمونه ها		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
1.		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
2.		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
3.		روز		ماه		سال		تاریخ نمونه برداری		
موارد تماس نزدیک در یک هفته قبل از شروع بیماری										
طبقه بندی نهایی										
بیماری دیفتری تایید میشود بدلائل:										
آزمایشگاهی <input type="checkbox"/>		وجود شواهد اپیدمیولوژیکی <input type="checkbox"/>		بالینی <input type="checkbox"/>		بیماری دیفتری مردود می شود <input type="checkbox"/>				
عاقبت بیماری		زنده <input type="checkbox"/>		مرده <input type="checkbox"/>		نامشخص <input type="checkbox"/>				
مشخصات بررسی کننده										
نام و نام خانوادگی										
آدرس										
شماره تلفن										
امضاء										

