

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۱-۲۰

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

ماه

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به سندرم سرخچه مادرزادی CRS

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی شهری

منطقه: (۱- شهری ۲- روستایی ۹- نامشخص)

منبع گزارش: (۱- خانه بهداشت ۲- مرکز بهداشتی درمانی ۳- بیمارستان دولتی ۴- بیمارستان خصوصی ۵- مطب

۶- درمانگاه خصوصی ۷- آزمایشگاه ۸- سایر ۹- نامشخص)

تاریخ دریافت گزارش: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت استان:

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: (۱- مذکر ۲- مؤنث) ملیت: تاریخ تولد:

تاریخ معاینه: وزن هنگام تولد: سن دوران داخل رحمی (به هفته): بستری در بیمارستان: بلی خیر

نام بیمارستان: شماره پرونده: تاریخ بستری:

در صورت فوت تاریخ فوت:

علت فوت:

آدرس:

علائم کلینیکی:

گروه A: (۱=بلی ۲=خیر)

نقص شنوایی (یک گوش هر دو گوش بیماری قلب کاتاراکت (یک چشم دو چشم گلوکوم (یک چشم دو چشم رتینوپاتی پیگمانته توضیحات: - (بیماری قلبی توضیح داده شود):

گروه B: (۱=بلی ۲=خیر)

بورپورا مننژوآنسفالیت بزرگی طحال عقب ماندگی ذهنی زردی در ۲۴ ساعت اول تولد میکروسفالی علائم رادیولوژی در رادیوگرافی استخوان سایر علائم

توضیحات: - (سایر علائم توضیح داده شود)

تاریخچه مادر: (۱=بلی ۲=خیر)

نام مادر: سن مادر: تعداد حاملگی قبلی مادر: سابقه ابتلاء مادر به بیماری سرخچه

سابقه واکسیناسیون مادر (واکسن حاوی سرخچه) تاریخ آخرین نوبت واکسیناسیون:

ابتلاء به سرخچه در زمان بارداری بثورات در زمان بارداری تاریخ شروع بثورات:

تب در زمان بارداری تاریخ شروع تب:

نتیجه مثبت آزمایشگاهی سرخچه تماس در طی بارداری با فرد مبتلا به سرخچه (تب و بثورات جلدی)

سابقه مسافرت در طی بارداری (در صورت مثبت بودن نام محل و مدت مسافرت ذکر شود):

توضیحات:

یافته‌های آزمایشگاهی:

تاریخ جمع آوری نمونه: تاریخ ارسال به آزمایشگاه: تاریخ دریافت نتیجه:

طبقه بندی نهایی: (۱- تأیید تشخیص بالینی CRS ۲- تأیید آزمایشگاهی CRS ۳- CRI ۴- رد شده)

نام و نام خانوادگی پزشک تکمیل کننده فرم: تاریخ بررسی: امضا:

نام و امضاء مسئول مرکز:

امضاء:

نام و سمت تکمیل کننده: