

## فرم بررسی انفرادی کزاز

کشور: ----- سال: ----- منبع خبر: -----  
تاریخ گزارش: -----/-----/----- نام گزارش دهنده: -----  
نام و آدرس مؤسسه: -----  
شماره تلفن: -----

### 1- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: ----- تاریخ تولد: -----/-----/----- شغل: -----  
جنس: زن ----- مرد: ----- نام پدر: ----- نام مادر: -----  
آدرس: -----  
ساکن شهر: ----- شهرستان: ----- استان: ----- خانه بهداشت: -----  
ساکن روستای: ----- تحت پوشش: -----  
تیم سیار: -----

### 2- تاریخ و نوع ضایعه:

تاریخ ایجاد ضایعه: -----/-----/-----

نوع ضایعه: صدمه -----

- 1- زخم پوستی محل زخم: ----- جراحی: -----
- 2- محل تزریقات
- 3- سوختگی
- 4- بند ناف
- 5- اوتیت میانی
- 6- عفونت دندان
- 7- سقط
- 8- حاملگی
- 9- جراحی روده
- 10- نامعلوم

### 3- علائم و نشانه‌ها

تاریخ بروز اولین علائم: -----/-----/-----

#### علائم:

بله خیر

- |                          |       |       |
|--------------------------|-------|-------|
| 1- تریسموس               | ----- | ----- |
| 2- تحریک پذیری و بیقراری | ----- | ----- |
| 3- تعریق شدید            | ----- | ----- |
| 4- اختلال در بلع         | ----- | ----- |
| 5- ترس از آب             | ----- | ----- |

تاریخ بروز اولین اسپاسم ژنرالیزه -----/-----/-----

### 4- تاریخچه ایمن سازی

محل معمول ایمن سازی: -----

کلینیک دولتی: خانه بهداشت ----- تیم سیار ----- مرکز بهداشتی درمانی -----  
کلینیک خصوصی: مطب: -----  
آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بله ----- خیر -----

تاریخ ایمنسازی	نوع واکسن دریافت شده *	شماره سری واکسن	نامشخص	خیر	بله
روز ماه سال					
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----

### 5- اگر بیمار نوزاد است:

آیا مادر علیه کزاز واکسینه شده است. بله- خیر-. آیا کارت ایمنسازی دیده شده است؟ بله- خیر- -

تاریخ ایمنسازی	نوع واکسن دریافت شده *	شماره سری واکسن	نامشخص	خیر	بله
روز ماه سال					
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
---/---/---	-----	-----	-----	-----	-----
تاریخ آخرین نوبت	-----/-----/-----				

آیا در مراقبتهای قبل از زایمان دریافت کرده است. بله- خیر- -

اگر بله محل و تاریخ مراقبت-----  
 محل تولد کودک: بیمارستان----- منزل----- سایر(مشخص شود)-----  
 اگر زایمان در مؤسسه‌ای انجام شده است نام و آدرس آن مؤسسه را ذکر کنید:

dpt, dt, DT, T \*

زایمان بوسیله چه کسی انجام شده است:

مامای دوره‌دیده-----

پزشک----- پرستار----- ماما----- مامای محلی-----

مامای دوره‌دیده-----

سایر(مشخص شود)-----

نام و آدرس-----

آیا نوزاد در دو روز اول تولد به طور طبیعی شیر خورده است؟ بله----- خیر-----

آیا نوزاد در دو روز اول تولد به طور طبیعی گریه کرده است؟ بله----- خیر-----

اگر خیر توضیح دهید:-----

آیا کودک بعداً دچار اشکال در مکیدن شده است؟ بله----- خیر-----

اگر بله توصیف کنید:-----

آیا کودک بعداً دچار سفتی عضلات شده است؟ بله----- خیر----- نامشخص-----

آیا کودک بعداً دچار تشنج شده است؟ بله----- خیر----- نامشخص-----

شرح دهید که بند ناف چطور و با چه وسیله‌ای بریده شده است؟

بند ناف چگونه پانسمان شده است؟-----

اطلاعات آزمایشگاهی

تاریخ دریافت نمونه سرم خون مادر تاریخ دریافت جواب نتایج تیتر آنتی بادی

-----/-----/-----

-----/-----/-----

### 6- وضعیت درمان و بستری

آیا بیمار بوسیله پزشک تحت درمان قرار گرفته است؟

بله----- خیر----- نام پزشک معالج----- محل کار----- تشخیص-----

آیا بیمار بستری شده است؟ بله----- خیر----- نام بیمارستان-----

شماره پرونده----- تاریخ بستری شدن ---/---/---  
نوع درمان ارائه شده:

نوع داروی تجویز شده:

آیا بیمار مرده است؟

بله --- خیر --- اگر جواب مثبت است تاریخ مرگ ---/---/--- علت -----  
در صورت بهبودی آیا عارضه‌ای ایجاد شده است؟ بله ----- خیر -----

نوع عارضه:

نامشخص	خیر	بله	
-----	-----	-----	1- شکستگی
-----	-----	-----	2- آمبولی ریه
-----	-----	-----	3- دهیدراتاسیون
-----	-----	-----	4- میوکارдит
-----	-----	-----	5- عفونت باکتریال
-----	-----	-----	6- آریتمی شدید
-----	-----	-----	7- هیپرترمی
-----	-----	-----	8- اسپاسم لارنکس
-----	-----	-----	9- احتباس ادرار

نام و عنوان بررسی‌کننده----- محل کار-----  
تاریخ بررسی ---/---/---

