

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماری ها

فرم بررسی سیاه سرفه

منبع خبر

تاریخ گزارش: نام گزارش دهنده:

نام و آدرس مؤسسه: شماره تلفن:

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنس: شغل:

نام پدر: تعداد افراد خانواده: وضعیت تحصیلی:

آدرس

ساکن شهر: شهرستان: استان:

روستای تحت پوشش خانه بهداشت تیم سیار

درمان

آیا بیمار تحت مراقبت قرار گرفته است؟ بله خیر بستری سرپایی

نام بیمارستان: نام مرکز بهداشتی درمانی:

تاریخ بستری: شماره پرونده پزشکی: نام پزشک معالج:

داروی تجویز شده:

علائم و نشانه ها

تاریخ شروع سرفه: مدت سرفه به هفته:

آیا دوره پاروکسیمال وجود دارد؟ بله خیرآیا هوپ بعد از سرفه وجود دارد؟ بله خیرآیا تنگی نفس وجود دارد؟ بله خیر

- آیا بیمار سابقه سرفه مزمن دارد؟ یله خیر
- آیا همراه سرفه، استفراغ وجود دارد؟ بله خیر
- آیا هنوز سرفه دارد؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن هر کدام از جواب های بالا توضیح دهید.

.....

اطلاعات آزمایشگاهی

تاریخ نمونه برداری:

- نتیجه سواب نازوفارنکس مثبت منفی نامشخص
- نتیجه کشت مثبت منفی نامشخص

تاریخچه ایمن سازی

تعداد واکسن DPT انجام شده:

- آیا سابقه ایمنسازی به صورت مدون وجود دارد؟ بله خیر نامشخص
- در صورت مثبت بودن تاریخهای تلقیح شده (.....) (.....) (.....) (.....) (.....)
- اول دوم سوم چهارم

در صورت منفی بودن ذکر دلیل آن

محل ایمنسازی

- خانه بهداشت تیم سیار مرکز بهداشتی درمانی بخش خصوصی خیریه

تشخیص نهایی

- برونشیت بله خیر
- پنومی بله خیر
- نتیجه عکس برداری مثبت منفی نامشخص

نظریه پزشک معالج

.....

.....

بررسی اپیدمیولوژیکی

آیا به لحاظ احتمال یا وجود سیاه سرفه در ۴ هفته اخیر مسافرتی داشته است؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن

| نام محل | تاریخ مسافرت |
|---------|-------------------------------|
| | از تاریخ تا تاریخ |
| | از تاریخ تا تاریخ |
| | از تاریخ تا تاریخ |

گروه هایی که بیمار با آنها تماس داشته در یک فهرست بنویسید.

| نام و نام خانوادگی | نسبت با بیمار | سن | جنس | تاریخ بروز علائم | زمان سرفه (هفته) | تعداد واکسیناسیون نسبت به DPT (ثلاث) |
|--------------------|---------------|-------|-------|------------------|------------------|--------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

* در صورت احتمال وجود سیاه سرفه جداسازی بایستی انجام گیرد.

- اقدامات انجام شده در مواردی که با بیمار در تماس بوده اند.

۱. از نظر واکسیناسیون (چند نفر)

نوبت اول ثلاث نوبت سوم ثلاث نوبت پنجم ثلاث
نوبت دوم ثلاث نوبت چهارم ثلاث

۲. از نظر آنتی بیوتیک و نوع آنتی بیوتیک

نتیجه بیماری: بهبود فوت تاریخ فوت

نام بررسی کننده: عنوان:

محل کار: تاریخ:

امضاء: