

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: 102-01-08

نام واحد:

مرکز بهداشت شمال تهران

تاریخ تکمیل: / /

فرم بررسی موارد فلج شل حاد

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

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

1- مشخصات مورد: شهرستان _____ استان _____ که عرضه خدمات _____ ملیت _____ آدرس کامل _____		
نام و نام خانوادگی بیمار _____ نام پدر _____ تاریخ تولد _____ / / 13 سن درموقع ابتلا _____ جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>		
2- گزارش تاریخ گزارش _____ تاریخ گزارش _____ به مرکز بهداشت شهرستان 13 / / _____ به مرکز بهداشت استان 13 / / _____ به مرکز مدیریت بیماریها 13 / / _____ منبع گزارش: خانه بهداشت _____ مرکز بهداشتی درمانی _____ تیم سیار _____ بیمارستان _____ مرکز توانبخشی _____ مطب _____ سایر منابع (ذکر شود) _____ نام گزارش دهنده _____ شماره تلفن گزارش دهنده _____		
3- آیا بیمار بستری شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن _____ تاریخ بستری شدن _____ شماره پرونده _____		
4- علائم و نشانه های بیماری: تاریخ شروع اولین علامت 13 / / (دوره رکدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید) تب یبوست آبریزش بینی درد عضلانی اسهال سردرد تهوع سفتی گردن ضعف گلودرد تحریک پذیری		
5- فلج وضعیت فلج: تاریخ شروع فلج 13 / / آیا درموقع شروع فلج تب وجود داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درجه تب _____ محل فلج: (دوره عضوفلج دایره بکشید): پای چپ دست چپ پای راست دست راست عضلات تنفسی صورت سایر اعصاب کرانیال		
6- وضعیت ایمنسازی: بر حسب کارت ایمنسازی <input type="checkbox"/> حافظه مادر <input type="checkbox"/> دوره رکدام از نوبتهای زیر که دریافت داشته دایره بکشید و زیر آن تاریخ را بنویسید. نوبت نوبت صفر نوبت اول نوبت دوم نوبت سوم یادآور اول یادآور دوم روزهای ملی ایمنسازی تاریخ آخرین نوبت تاریخ _____		
7- طبقه بندی اولیه بالینی: مطلقاً به پولیو <input type="checkbox"/> گیلن باره <input type="checkbox"/> نوریت تروماتیک <input type="checkbox"/> میلیت عرضی <input type="checkbox"/> سایر _____ تاریخ/...../..... 13		
8- سابقه مسافرت، بازدید یا تماس با افراد دیگر ظرف 28 روز قبل از بروز علائم: محل مسافرت یا بازدید _____ فرد یا افراد ملاقات شده _____ تاریخ _____		
9- آیا بیمار در ظرف 75 روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که بتازگی فلج شده یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته، تماس داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی، در کجا و با چه کسی؟ محل _____ نام افراد _____ تاریخ _____		

10- نمونه برداری مدفوع از بیمار:

تاریخ نمونه برداری	تاریخ تحویل به آزمایشگاه	تاریخ دریافت نسخه	نوع ویروس پولیو جدا شده	نوع ویروس های دیگر	منفی
نمونه اول 13...../...../.....	13...../...../.....	13...../...../.....	— — — —	— — — —	—
نمونه دوم 13...../...../.....	13...../...../.....	13...../...../.....	— — — —	— — — —	—

11- نمونه برداری مدفوع از موارد تماس :

(اگر کودک زیر 5 سال دارد موارد تماس از زیر 5 سال و اگر بیشتر از پنج سال سن دارد ، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شوند)

نام و نام خانوادگی مورد تماس	تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده	تاریخ آخرین نوبت واکسن	آدرس
_____	_____	13...../...../.....	_____
_____	_____	13...../...../.....	_____
_____	_____	13...../...../.....	_____
_____	_____	13...../...../.....	_____

12- اقدامات کنترل : تاریخ انجام اقدامات 13...../...../.....

تعداد محل های بازدید شده : _____ تعداد خانوار باز دیده شده _____ تعداد نمونه برداشت شده _____

13- پیگیری روز 60 : تاریخ انجام شده انجام نشد اگر نشد چرا ؟ توضیح دهید _____

فلج باقیمانده : دور عضو فلج دایره بکشید (پای راست دست راست پای چپ دست چپ صورت ماهیچه های تنفسی سایر اعصاب کرانیال معلولیت : نمی تواند راه برود با کمک راه می رود می لنگد طبیعی راه می رود سایر معلولیتها : _____ فوت : در صورت فوت تاریخ آن 13...../...../..... علت فوت ، جزئیات را توضیح دهید ؟

14- تیم بررسی :

نام و نام خانوادگی کاردان مبارزه با بیماریها	امضاء	تاریخ :
نام و نام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیماریها	امضاء	تاریخ :
نام و نام خانوادگی پزشک مسئول بررسی	امضاء	تاریخ :
مراتب فوق مورد تأیید است		
نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	امضاء	تاریخ :

15- طبقه بندی نهایی : پولیومیلیت مردود

معیار تشخیص :
 جدا شدن ویروس از نمونه مدفوع جدا نشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی یا نداشتن فلج باقیمانده روز 60
 تشخیص نهایی : اگر پولیو رد شده است تشخیص آن را بنویسید ؟

مشخصات اعضاء تیم طبقه بندی :

نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	

مراتب فوق مورد تأیید است : نام و سمت تکمیل کننده : امضاء : نام و امضاء مسئول مرکز / شبکه :

