وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک سرخک

**دانشگاه/ دانشکده: مرکز بهداشت شهرستان:**

منطقه:  (1- شهری 2- روستایی 3- نامشخص)

منبع گزارش:  (1- خانه بهداشت 2- مرکز بهداشتی درمانی 3- بیمارستان دولتی 4- بیمارستان خصوصی 5- مطب 6- درمانگاه خصوصی 7- آزمایشگاه 8- سایر 9- نامشخص)

تاریخ دریافت گزارش: تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:

**مشخصات بیمار:** \* کد شناسایی بیمار: نام و نام خانوادگی: کد ملی: تعداد افراد خانوار:

نام پدر: جنس:  (1- مذکر 2- مونث) تاریخ تولد: سن برحسب سال و ماه: ملیت:

آدرس سکونت: ..........................................................................................................................................................................................................................................

تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخک/ سرخجه/ MR/ MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سرخک** | | **سرخجه** | | **MMR** | | **MR** | |
| نوبت اول | آخرین نوبت | نوبت اول | آخرین نوبت | نوبت اول | آخرین نوبت | نوبت اول | آخرین نوبت |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**یافته های بالینی:**

تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات:  (1- ماکولوپاپولر 2- وزیکولر 3- سایر)

علایم: تب  (1- دارد 2- ندارد 3- نامشخص) تاریخ شروع تب: سرفه  آبریزش از بینی  قرمزی ملتحمه چشم 

سایر .................................................................................................

آیا بیمار بستری شده است؟ بلی  خیر  نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی: تاریخ بستری:

آیا بیمار فوت شده است؟ بلی  خیر  تاریخ فوت: علت مرگ:

منبع احتمالی عفونت: 1- آیا در طول 7 تا 21 روز قبل از شروع بثورات سابقه مسافرت داشته است؟ به کجا؟

2- آیا در طول 7 تا 21 روز قبل از شروع بثورات تماس با مورد قطعی سرخک داشته است؟

3- آیا مورد قطعی سرخک در این منطقه قبل از بروز این مورد وجود داشته است؟

یافته های آزمایشگاهی: نتیجه آزمایشات پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل می گردد:

1. تاریخ نمونه گیری خون: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:
2. تاریخ نمونه گیری ادرار: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:
3. تاریخ نمونه گیری گلو: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

طبقه بندی نهایی: تاریخ طبقه بندی نهایی:

مردود 

تایید شده    (1- سرخک 2- سرخجه 3- پاروو ویروس B19) منبع عفونت:     

1. بومی 2- وارده 3- مرتبط با سرخک وارده 4- منبع نامعلوم 5- واکسینال)

تایید شده به وسیله:    (1- آزمایشگاه 2- بالینی 3- اپیدمیولوژیک)

مشخصات تیم بررسی کننده:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضاء:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضاء:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضاء: