

پیوست شماره ۲:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۲ - بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری‌های منتقله از غذا

	۱- شماره سریال:
۲- تاریخ: (/ /)	۳- نام پرسشگر:

بخش ۱: مشخصات بیمار	
۴- نام بیمار:	۵- نام خانوادگی بیمار:
۶- سن:	۷- جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
۸- ملیت:	۹- شغل بیمار:
۱۰- نام مرکز درمانی:	۱۱- آدرس کامل و تلفن بیمار:

بخش ۲: شرح حال و علائم بالینی						
علائم بالینی	۱۲- استفراغ	۱۳- تهوع	۱۴- بی اشتها	۱۵- تب	۱۶- درد شکم	۱۷- مدفوع خونی
	۲۰- غیره			۱۸- سردرد	۱۹- بیحالی	
۲۱- درجه حرارت بیمار: (برحسب °C):			۲۲- حداکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت			
توصیف مدفوع: ۲۳- بدبو <input type="checkbox"/> ۲۴- سیاه <input type="checkbox"/> ۲۵- خونی <input type="checkbox"/> ۲۶- بلغمی <input type="checkbox"/> ۲۷- آبکی <input type="checkbox"/>						
۲۸- تاریخ شروع اولین علامت بیمار: (/ /) ساعت شروع اولین علامت بیمار: am / pm						
طول مدت بیماری تا به حال: ۳۰- روز: ساعت: ۳۱-						
درمان فعلی بیمار: ۳۲- آب و الکترولیت خوراکی <input type="checkbox"/> ۳۳- سرم <input type="checkbox"/> ۳۴- آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۳۵- غیره <input type="checkbox"/>						
۳۶- در صورت مصرف آنتی‌بیوتیک طول مدت مصرف آن تا به حال: روز ۳۷- نوع آنتی‌بیوتیک مصرفی:						

بخش ۳: اطلاعات مربوط به تماس‌ها	
۳۸- آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده‌اش که بیماری مشابهی داشته در تماس بوده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمایید:)	
۳۹- آیا بیمار با یکی از دوستان یا همکاران یا همکلاسانش که بیماری مشابهی داشتند در تماس بوده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمایید:)	
۴۰- آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
۴۱- محل مسافرت: ۴۲- تاریخ رفت: (/ /) ۴۳- تاریخ برگشت: (/ /)	

- ۴۴- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟ بلی خیر
- ۴۵- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر فرمایید:

بخش ۴ : عوامل محیطی

- ۴۶- منبع آب آشامیدنی بیمار: - آب لوله کشی (شهری) - چاه آب - چشمه - تانکر آب - غیره ذکر فرمایید:
- ۴۷- چه نوع از دفع فاضلاب در منزل مورد استفاده می باشد؟ - چاه فاضلاب - سیستم کانال کشی فاضلاب شهری - سیستم دفع فاضلاب ندارد (توضیح دهید):

بخش ۵ : منابع غذایی احتمالی (تاریخچه سه روزه غذا)

- ۴۸- صبحانه: (در همان روز شروع علائم):
- ۴۹- نهار:
- ۵۰- شام:
- ۵۱- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:
- ۵۲- صبحانه: (یک روز قبل از شروع علائم)
- ۵۳- نهار:
- ۵۴- شام:
- ۵۵- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:
- ۵۶- صبحانه: (دو روز قبل از شروع علائم):
- ۵۷- نهار:
- ۵۸- شام:
- ۵۹- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:
- ۶۰- صبحانه (سه روز قبل از شروع علائم):
- ۶۱- نهار:
- ۶۲- شام:
- ۶۳- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:
- ۶۴- این مراجعه، چندمین مراجعه بیمار فوق به این مرکز به دلیل همین بیماری می باشد؟
- ۶۵- نام رستوران یا غذاخوری که در هفته گذشته در آن غذا خورده اید.
- ۶۶- نام دو فروشگاه یا سوپرمارکت که اغلب مواد غذایی را از آن تهیه می کنید.
- ۶۷- آیا در هفته گذشته در مجلس مهمانی - جشن عروسی و تولد یا عزاداری غذا خورده اید؟ بلی خیر
- در صورت بلی آدرس آن را ذکر کنید:

بخش ۶ : تشخیص نهایی بیمار

- ۶۸- عامل اسهال حاد در بیمار بر اساس انجام آزمایشات تشخیصی:
- ملاحظات: