

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

خلاصه اطلاعات بیماری تیفوئید در شهرستان استان

سال ماه

کد عرضه خدمات
جمعیت تحت پوشش مراکز شهری ۱
جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت ۲
جمعیت تحت پوشش تیم سیار ۳
بیمارستان ۴

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل سکونت		کد عرضه خدمات	نام پدر	تاریخ تولد	جنس	شغل	تاریخ بروز	وضعیت خانوار		وضعیت بالینی	علائم بالینی			نتیجه آزمایشگاه			نوال		نتیجه درمان						
		نام روستا	نام شهر							تعداد	وضعیت خانواده		تب	بثورات جلدي	طحال بزرگ	کشت خون	کشت مدفوع	کشت مغز استخوان	تیترویدال		ندارد	دارد		ممنوع آب	توزیع آب	بهبودی	فوت با تاریخ
																			OH	OD		بهداشتی غیر	بهداشتی				

- * ب = بستری س = سرپایی ح = حامل
 - ** چ = چشمه ر = رودخانه ق = قنات
 - *** ل = لوله کشی ش = شیر آب عمومی ت = تانکر آب
- غ = غیره (مشخص شود)

تاریخ گزارش :/...../..... نام و نام خانوادگی گزارشگر نام و نام خانوادگی مسئول
امضاء امضاء

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

فرم بررسی تیغوئید:

منبع خبر:

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده تاریخ گزارش /..... /.....
نام و مرجع ارائه خدمات شماره تلفن

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی تاریخ تولد /..... /..... شغل جنس
وضعیت ناهل
آدرس محل سکونت و شماره تلفن
ساکن شهر شهرستان استان
ساکن روستای تحت پوشش خانه بهداشت روستای قمر تیم سیار
نام پدر نام مادر
آدرس محل کار و شماره تلفن

وضعیت بالینی

تاریخ شروع بیماری /..... /..... تاریخ مراجعه /..... /.....
بیمار حامل
در صورت بیمار بودن: بستری سرپایی

علائم بالینی

شکایات

شکایات	نامشخص	خیر	بله
تب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بتورات جلدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بزرگی طحال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

سایر علائم

اطلاعات آزمایشگاهی

نام آزمایشگاه آدرس آزمایشگاه

نامشخص	منفی	مثبت	نامشخص	منفی	مثبت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱- کشت خون
۲- کشت مغز و استخوان
۳- کشت ادرار
۴- کشت مدفوع
۵- نتایج CBC

تست سرولوژی

نوبت اول /..... /..... O H..... V₁ تاریخ /..... /.....

نوبت دوم /..... /..... O H..... V₁ تاریخ /..... /.....

سایر آزمایشها بر حسب نیاز:

بررسی اپیدمیولوژیکی

تاریخچه تماس و مسافرت:

کلیه محلها و شهرهای دیگر خارج از روستا/ شهر محل زندگی و محل کار بیمار که از ۲۱ روز پیش به آنجا مسافرت نموده است:

محل	تاریخ مسافرت
..... /..... /..... تا /..... /.....
..... /..... /..... تا /..... /.....

کشت مدفوع انجام شده برای افراد در معرض تماس:

نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت با بیمار	نتیجه کشت
..... -۱
..... -۲
..... -۳
..... -۴
..... -۵

در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده شود.

منبع آب آشامیدنی:

چاه چشمه قنات رودخانه غیره (مشخص شود) (.....)

شکل توزیع آب:

لوله کشی شهری لوله کشی روستایی شیرآب عمومی تانکر آب غیره (مشخص شود)..... (.....)

کیفیت آب آشامیدنی:

آیا کلر زنی می شود؟ بلی خیر مقدار کلر باقیمانده: تاریخ /..... /.....
نتیجه آزمایش باکتریولوژیک:

وضع دفع فاضلاب

دفع در رودخانه دفع در چاه سیستم دفع فاضلاب سایر (مشخص شود)

وضع توالت: دارد بهداشتی غیر بهداشتی ندارد

درمان :

داروی تجویز شده

نوع آنتی بیوتیک مقدار روزانه مدت زمان

نتیجه درمان:

بهبودی کامل بهبودی با عارضه فوت

عوارض:

نامشخص	خیر	بله	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خونریزی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پرفوراسیون
			سایر (مشخص شود)

نام بررسی کننده:

امضاء

عنوان

محل کار

تاریخ / /