

نام مرکز / شبکه	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
نام واحد:	معاونت امور بهداشتی
	فرم بررسی انفرادی بیماری تب راجعه
	دوره تکمیل فرم: ماهانه
نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/>	مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/>
	خانه بهداشت: <input type="checkbox"/>
کد فرم ۱۰۲-۰۴-۰۳	تاریخ تکمیل: / / ماه <input type="checkbox"/>

**منبع گزارش:**

تاریخ گزارش: نام گزارش دهنده: آدرس.....  
تایخ تهیه لام: تایخ آزمایش لام:

**مشخصات بیمار:**

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: سن:  
شغل: ۱-کشاورز ۲-دامدار ۳-کارمند ۴-کارگر (غیر موارد ۱ و ۲) ۵-دانش آموز و دانشجو ۶-خانه دار ۷-شغل آزاد با ذکر نام..

تحصیلات: ۱- بیسواد ۲- ابتدائی و تحصیلات نهضت ۳- راهنمایی ۴- دبیرستان ۵- دانشگاهی

وضعیت تاهل: تعداد افراد خانوار:

آدرس: بومی: نام روستا: شماره تماس:

غیر بومی: استان: شهرستان: روستا:

مدت سکونت در محل (در صورت مهمان بودن):

**وضعیت بیمار:**

آیا بیمار در یک هفته قبل از تهیه لام تب داشته است؟ ۱- خیر ۲- بلی  
آیا بیمار در یک هفته قبل از تهیه لام لرز داشته است؟ ۱- خیر ۲- بلی  
آیا سابقه مسافرت داشته است؟ (حداقل ۲ هفته تا ۲ ماه): ۱- خیر ۲- بلی: آدرس محل مسافرت:  
آیا بیمار در بیمارستان بستری شده است؟ ۱- خیر ۲- بلی: نام بیمارستان:  
داروهای تجویز شده:

تاریخ بستری:

**شکایات:**

۱- تب شدید ۲- سردرد ۳- قطع و برگشت مجدد تب ۴- درد مفاصل ۴- سرفه ۵- خون دماغ ۶- خونریزی و کبودی پوست

**علائم بالینی:**

۱- درجه تب: ۲- تعداد نبض:  
۳- بثورات جلدی: ندارد دارد ۴- پرقان: ندارد دارد  
۵- پرخونی ملتحمه: ندارد دارد ۶- اکیوز: ندارد دارد  
۷- بزرگی طحال: ندارد دارد ۸- پتشی پورپورا: ندارد دارد

آیا در طی دو هفته قبل آنتی بیوتیک مصرف نموده است: ۱- بله ۲- خیر

**اقدامات درمانی:**

تاریخ شروع درمان: نحوه درمان: بخش خصوصی سیستم شبکه: داروی تجویز شده: مدت:

**مشخصات محل سکونت:**

**نوع بنا:**

۱- آجری نوساز ۲- سنگ ۳- کاهگل  
روکش بیرونی: ۱- ندارد ۲- دارد: ۱- سیمانی ۲- آجرنما (بدون خلل) ۳- کاهگل ۴- سنگ نما ۵- سایر با ذکر نام.....

روکش درونی منزل مسکونی: ۱- ندارد ۲- دارد: ۱- گچ ۲- کاهگل ۳- کاغذ دیواری  
روکش درونی محل نگهداری دام: ۱- ندارد دارد: ۱- گچ ۲- کاهگل  
مجاورت محل نگهداری دام تا محل سکونت:  
۱- مجاور ۲- مدخل ۳- مجزا با ذکر فاصله.....

**نوع دام نگهداری:**

۱- گوسفند و بز تعداد: مدت نگهداری:  
۲- گاو تعداد: مدت نگهداری:  
۳- سایر:

شرح بررسیهای همه گیری شناسی:

**نتیجه تعقیب درمان:**

تهیه و آزمایش نمونه در پایان درمان (۱۰ روز پس از شروع درمان):

انجام نشده: انجام شده: ۱- مثبت ۲- منفی

نام و سمت تکمیل کننده:	امضاء:	نام و امضاء مسئول مرکز:
------------------------	--------	-------------------------

