

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی  
 معاونت بهداشتی  
 مرکز مدیریت بیماری های واگیر  
 فرم ورود اطلاعات موارد بیماری تب مالت

اطلاعات جغرافیایی گزارش

استان: \_\_\_\_\_ دانشگاه: \_\_\_\_\_ شهرستان: \_\_\_\_\_  
 سال گزارش: \_\_\_\_\_ ماه گزارش: \_\_\_\_\_

منطقه محل سکونت: شهری  روستایی  سیاری  عشایری  نامشخص

نام مرکز: \_\_\_\_\_ نام خانه / پایگاه بهداشتی: \_\_\_\_\_

اطلاعات فردی بیمار

نام بیمار: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی بیمار: \_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_

سن: \_\_\_\_\_ جنس: زن  مرد  بارداری:

ملیت: ایرانی  عراقی  افغانی  پاکستانی  سایر: \_\_\_\_\_

شغل: دامدار  دامدار - کشاورز  کشاورز  قصاب  کارمند  خانه دار  خانه دار - دامدار  کارگر   
 کشتارگاه  کارگر دامداری  دانش آموز  آزاد  دانشجو  نظامی  راننده  کودک  بیکار   
 کارگر  نامشخص  سایر: \_\_\_\_\_

آدرس محل سکونت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

یافته های آزمایشگاهی

آزمایش های تخصصی تشخیصی:

رایت:  $\frac{1}{40}$    $\frac{1}{80}$    $\frac{1}{160}$    $\frac{1}{320}$    $\frac{1}{640}$    $\frac{1}{1280}$

کومبس رایت:  $\frac{1}{4}$    $\frac{1}{80}$    $\frac{1}{160}$    $\frac{1}{320}$    $\frac{1}{640}$    $\frac{1}{1280}$

2ME:  $\frac{1}{20}$    $\frac{1}{40}$    $\frac{1}{80}$    $\frac{1}{160}$    $\frac{1}{320}$    $\frac{1}{640}$    $\frac{1}{1280}$

سایر آزمایش های تخصصی: \_\_\_\_\_

طبقه بندی

مورد بیماری: جدید  شکست درمان - عود  نامشخص و فاقد اطلاعات تکمیلی

یافته های بالینی

بروز علائم بالینی: سال: \_\_\_\_\_ ماه: \_\_\_\_\_ تشخیص: سال: \_\_\_\_\_ ماه: \_\_\_\_\_

علائم بالینی: تب  بی اشتها  کاهش وزن  درد عضلانی و استخوانی  کمردرد  آدنوپاتی   
 بزرگی طحال و یا کبد  ضعف و بیحالی  نامشخص

بستری در بیمارستان: دارد  ندارد  نامشخص

مدت بستری: ۱ هفته و کمتر  ۸-۱۴ روز  ۱۵ روز تا یکماه  بیش از یکماه

عوارض بیماری: دارد  ندارد  نامشخص  نوع عارضه: آرتريت  اسپوندیلیت   
 آنسفالیت  ارکیت  اندوکاردیت  اختلال روانی  سایر: \_\_\_\_\_

<b>در صورت شکست درمان یا عود ، سال درمان قبلی:</b>	
<input type="checkbox"/> مدت درمان قبلی: ۲ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۳-۴ هفته <input type="checkbox"/> ۵-۶ هفته <input type="checkbox"/> ۷-۸ هفته <input type="checkbox"/> بیش از ۸ هفته <input type="checkbox"/>	
<b>یافته های اپیدمیولوژیک</b>	
<b>تماس با دام: دارد</b> <input type="checkbox"/> <b>ندارد</b> <input type="checkbox"/> <b>نامشخص</b> <input type="checkbox"/>	
<b>نوع تماس با دام:</b> نگهداری دام در محل سکونت <input type="checkbox"/> ذبح دام ، تماس با خون و ترشحات <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> حضور در محل نگهداری دام و کود حیوانی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	
<b>واکسیناسیون دام ( در صورت شغل دامداری ، آیا دام فرد بیمار سابقه واکسیناسیون دارد؟):</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
<b>نامشخص</b> <input type="checkbox"/>	
<b>سابقه مصرف فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه: دارد</b> <input type="checkbox"/> <b>ندارد</b> <input type="checkbox"/> <b>نامشخص</b> <input type="checkbox"/>	
<b>نوع فرآورده:</b> شیر <input type="checkbox"/> پنیر <input type="checkbox"/> خامه <input type="checkbox"/> کره <input type="checkbox"/> آغوز <input type="checkbox"/> سرشیر <input type="checkbox"/> بستنی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	
<b>ابتلای سایر افراد خانواده در یکسال گذشته: دارد</b> <input type="checkbox"/> <b>ندارد</b> <input type="checkbox"/> <b>نامشخص</b> <input type="checkbox"/>	
<b>اقدامات درمانی</b>	
<b>مدت مصرف دارو ها در درمان جدید:</b>	
<b>تتراسیکلین:</b> ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>	
<b>داکسی سیکلین:</b> ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>	
<b>استرپتومایسین:</b> ۱ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۸ تا ۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۱ روز <input type="checkbox"/>	
<b>جنتامایسین:</b> ۱ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۸ تا ۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۱ روز <input type="checkbox"/>	
<b>کوتریموکسازول:</b> ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>	
<b>ریفامپین:</b> ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/>	
سایر داروها:	
<b>سایر اقدامات</b>	
<b>هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: دارد</b> <input type="checkbox"/> <b>ندارد</b> <input type="checkbox"/> منطقه فاقد دام <input type="checkbox"/> <b>نامشخص</b> <input type="checkbox"/>	
<b>سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:</b>	
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	تاریخ تکمیل فرم:

۱- در صورتیکه نام پدر نامشخص است کلمه نامشخص ثبت گردد.

۲- در صورت دریافت نتایج آزمایش تب مالت از آزمایشگاه و عدم دسترسی به بیمار در قسمت مورد بیماری گزینه " نامشخص و فاقد اطلاعات تکمیلی " انتخاب گردد.

۳- اگر بیمار دچار شکست درمان یا عود بیماری شده است بایستی کلیه اطلاعات فرم مطابق مورد جدید بیماری تکمیل گردد .