**وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشكي**

**دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني ...................**

نام شهرستان .......................... بيمار شهرستان دانشگاه سال

مركز گزارش دهنده................ كد

**فرم بررسي موارد هپاتيت هاي ويروسي منتقله از راه خون**

نام ونام خانوادگي : نام پدر: جنس: شغل وضعیت تاهل کد ملی:

سن 00= كمتر از يكسال محل سكونت : شهرستان ............ شهر............روستا...........عشاير......

 99= نامشخص

نشاني:........................................................................................تلفن تماس:.........................

**واكسيناسيون :** انجام شده انجام نشده

نوبت دوز دريافت شده (صفر تا3) كارت حافظه تاريخ دريافت آخرين نوبت...................

**علت بررسي(كليه موارد مرتبط علامت گذاري شود):**

1. بروز علائم هپاتيت حاد 2- افزايش آنزيم هاي كبدي 3- سابقه اعتياد تزريقي 4- حاملگي

5- نوزاد مادر آلوده 6- تماس جنسي مشكوك 7- افراد خانوار فرد آلوده 8- تزريق خون يا فرآورده هاي خوني

9- دياليز 10- شاغلين بهداشت ودرمان 11- دريافت خدمات دندانپزشكي 12- پيگيري علت آلودگي شناخته شده قبلي

13- اهداء خون يا عضو 14- بررسي داوطلبانه 15- بررسي فرد بدون علامت يا عوامل زمينه ساز 16- ساير

يافته هاي ازمايشگاهي

نامشخص منفي مثبت HBsAg

نامشخص منفي مثبت HBsAg

نامشخص منفي مثبت IgM anti HBc

نامشخص منفي مثبت IgM anti HAV

نامشخص منفي مثبت anti HCV Elisa

نامشخص منفي مثبت anti HCV RIBA

نامشخص منفي مثبت anti HDV Ab

اطلاعات باليني افراد الوده به هپاتيت

ايا داراي علامت باليني است: خير بلي تهوع واستفراغ درد شكم تب زردي ساير علائم

تاريخ بروز اولين علائم .../.../...

تاريخ تشخيص .../.../...

ايا بيمار به علت هپاتيت بستري شده؟ بلي خير

ايا بيمار دراثر هپاتيت فوت نموده ؟ بلي خير تاريخ فوت.../.../...

ايا بيمار حامله بوده؟ بلي خير سن حاملگي........

ايا علائم باليني سيروز دارد ؟ بلي خير

 BiLirubin…………U/A………CBC SGOT………….SGPT………….

 : Others

**تشخيص نهايي:**

هپاتيت B حاد مزمن هپاتيت C حاد مزمن هپاتيت حاد D هپاتيت حاد G ساير هپاتيت ها .........................

الودگي مزمن HBV بدون علامت وفعال آلودگي HCV بدون علامت وفعال ناقل غير فعال B C سيروز ساير ..............

**اين قسمت در صورت تشخيص باليني هپاتيت حاد طي 4هفته تا 6ماه بعد از تماس الوده ودر صورت مزمن بودن آلودگي بر اساس سابقه قبلي تكميل مي گردد.**

1. ايا بيمار در تماس با موارد مشكوك يا قطعي هپاتيت B يا C ........بوده است؟ بلي خير نامشخص

در صورت بلي نوع تماس تماس جنسي تماس غير جنسي در خانواده ساير نام ونام خانوادگي مورد شناخته شده هپاتيت كه بيمار با وي در تماس بوده است . آدرس..................................................................................................................................................................تلفن........................

1. ايا بيمار تزريق خون يا فراورده هاي خوني داشته است ؟ بلي خير نامشخص

در صورت بلي نوع فراورده وتعداد واحد دريافتي ..........................نام مركز تزريق خون وفرآورده هاي خون..........

1. ايا تماس تصادفي شغلي (پاشيدن خون ،فرورفتن سوزن و....)داشته است؟..........نام وآدرس مركز مورد نظر بلي خير نامشخص

سابقه كدام يك از موارد زير را داشته است؟

5-دياليز 12- دندانپزشكي 15- خالكوبي 18- ازدواج (دائم يا موقت)

10- جراحي 13- تزريق داروي غير مخدر 16- سوراخ كردن گوش يا بيني 19- اقامت در زندان يا مركز باز پروري

11- اندوسكوپي 14- تزريق مواد مخدر 17- حجامت 20- ختنه 21- ساير.........

درصورتي كه هريك از موارد 20-9 مثبت است تاريخ تماس وآدرس محل ذكر شود .

در صورتي كه فرد باردار است تاريخ تقريبي زايمان:............. نام ومحل مركز انجام مراقبتهاي بارداري كه به آن مراجعه مي كند :...............................................

آيا بيمار بستري است ؟ بلي خير نام محل وبيمارستان ......................................................................................................................

**پيگيري موارد الوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ تشخيص** | **تاريخ بررسي** | **تاريخ آزمايشات مورد نياز** | **ملاحظات** |
| **HBs-Ag** | **anti HBc** | **AST** | **ALT** | **AIB** | **PLT** | **PT** | **aFP** | **سونوگرافي كبد** | **ساير** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

درصورتي كه HBs-Ag منفي باشد anti HBc انجام مي گردد. در صورتي كه هردوي اين تست ها منفي باشد يك سال بعد معاينه وازمايش مجدد از سوي پزشك انجام مي گردد.

* در موارد الودگي در مردان بالاي 40سال بالاخص با سابقه خانوادگي HCC انجام آزمايش aFP وسونوگرافي هر ششماه در ساير موارد به فاصله شش ماه تا دوازده ماه توصيه مي شود.

نام وسمت گزارشگر................................................. تاريخ گزارش......./......../....... امضا ء:..............................................................

فرم بررسي اطرافيان فرد آلوده

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام** | **نام خانوادگي** | **تاريخ بررسي** | **نتايج آزمايشات مورد نياز** | **انجام واكسيناسيون HCV** | **تاريخ تزريق واكسن** | **آموزش** | **مشاوره** | **نياز به پيگيري بعدي** |
| HBS-Ag | antiHBC | HCVAb1 | ساير | نوبت اول | نوبت دوم | نوبت سوم |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. نوع آزمايش انجام شده (Elisa يا RIBA )مشخص شود