**مرکز بهداشت شمال غرب دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني ایران كد فرم :03-01-102**

 **معاونت امور بهداشتي تاريخ تكميل : / /**

 **فرم بررسی سياه سرفه**

صفحه 1

منبع خبر:

**تاريخ گزارش:------------------------- فرد گزارش‌دهنده:---------------------------------**

**نام و آدرس مؤسسه:---------------------------------------------- شمارة تلفن:-----------**

**مشخصات بيمار:**

**نام و نام خانوادگي: ------------------- تاريخ تولد: ---------------جنس:-------------- شغل: -------**

**وضعيت تحصيلي: --------------------- تعداد افراد خانواده: -------------- نام پدر: -----------------**

**آدرس و تلفن:**

**ساكن شهر: -------------- شهرستان: --------------------استان: --------------**

|  |  |
| --- | --- |
| **روستاي تحت پوشش** | **خانة بهداشت□** |
| **تيم سيار□** |

**درمان:**

**آيا بيمار تحت درمان قرار گرفته است؟ بلي□ خير□**

**در صورت مثبت بودن وضعيت آن بستري□ سرپايي□**

**علت بستري شدن---------------------------------------تاریخ بستری -------------------**

**نام پزشك معالج: ---------------------------------------- بيمارستان: ------------------------**

**\*شماره پرونده:**

**علائم و نشانه‌ها:**

**تاريخ شروع سرفه: --------------------- مدت سرفه به هفته: ---------------------**

**آيا دورة‌ پاروكسيمال وجود دارد؟ بلي□ خير□ تب دارد بلي□ خير□**

**آيا هوپ بعد از سرفه وجود دارد؟ بلي□ خير□**

**پرخوني ملتحمة چشم؟ بلي□ خير□**

**آيا تشنج دارد؟ بلي□ خير□**

**آيا تنگي نفس دارد؟ بلي□ خير□**

**آيا همراه سرفه استفراغ وجود دارد؟ بلي□ خير□**

**آيا هنوز سرفه دارد؟ بلي□ خير□**

**آيا سپانوزيس در هنگام سرفه است؟ بلي□ خير□**

**\* هركدام از جوابهاي بالا را در صورت مثبت بودن توضيح دهيد.**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**اطلاعات آزمايشگاهي: تاريخ نمونه برداري: ......................................**

**نتيجة سوآب نازوفارنكس مثبت□ منفي□ نامشخص□**

**نتيجة كشت: مثبت□ منفي□ نامشخص□**

**تاريخچة ايمن‌سازي:**

**تعداد واكسن DPT انجام ‌شده------------------------------**

**آيا سابقة ايمن‌سازي به صورت مدون وجود دارد؟ بلي□ خير□ نامشخص□**

**در صورت مثبت بودن تاريخهاي تلقيح‌شده (-----------) (---------) (----------) (---------)**

 **اول دوم سوم چهارم**

**در صورت منفي بودن ذكر دليل آن ------------------------------------------------------------**

**مرکز بهداشت شمال غرب دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني ایران كد فرم :03-01-102**

 **معاونت امور بهداشتي تاريخ تكميل : / /**

 **فرم بررسی سياه سرفه**

 صفحه 2

**محل ايمن‌سازي:**

**خانة بهداشت□ تيم سيار □ مركز بهداشتي درماني□**

**بخش خصوصي □ خيريه ‌ □**

**تشخيص:**

**برونشيت بلي□ خير□**

**پنوموني بلي□ خير□**

**نتيجة عكسبرداري مثبت□ منفي□ نامشخص□**

**نظرية پزشك معالج: ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
|  |

**بررسي اپيدميولوژيكي**

**آيا به لحاظ احتمال يا وجود سياه‌سرفه در 4 هفته اخير مسافرتي داشته است؟ بلي□ خير□**

**در صورت مثبت بودن**

 **نام محل تاريخ مسافرت**

 **------------------- از تاريخ ------------ تا تاريخ**

 **------------------- از تاريخ ------------ تا تاريخ**

**گروه‌هايي كه بيمار با آنها تماس داشته در يك فهرست بنويسيد:**

**نام ونام خانوادگي نسبت با بيمار سن جنس تاريخ بروز علائم زمان سرفه(هفته) تعداد واكسيناسيون DPT(ثلاث)**

**------------ --------- ---------- ----- --------------- -------------- -------------------**

**------------ --------- ---------- ----- --------------- -------------- -------------------**

**------------ --------- ---------- ----- --------------- -------------- -------------------**

**------------ --------- ---------- ----- --------------- -------------- -------------------**

**------------ --------- ---------- ----- --------------- -------------- -------------------**

**\* در صورت احتمال وجود سياه‌سرفه حتماً بايستي جداسازي انجام گيرد.**

**اقدامات انجام‌شده در مواردي كه با بيمار در تماس بوده‌اند.**

**1- از نظر واكسيناسيون( چند نفر):**

**نوبت اول ثلاث□ نوبت دوم ثلاث□ نوبت سوم ثلاث□ نوبت چهارم ثلاث□ نوبت پنجم ثلاث□**

**2- از نظر آنتي بيوتيك و نوع آنتي بيوتيك----------------------------------------------------**

**نتيجة بيماري:**

**بهبود□ فوت□ تاريخ فوت-------------------------------**

|  |
| --- |
|  |

**نام بررسي‌كننده: ------------------- عنوان: ------------محل كار: -------------- تاريخ: ------------------- امضاء: -------------------**

**نام و سمت تكميل كننده : امضاء : نام و امضاء مسئول مركز:‌...........**

**نام مركز / شبكه دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني شهيد بهشتي كد فرم :04-01-102**

**نام واحد : معاونت امور بهداشتي تاريخ تكميل : / /**

 **فرم پيگيري موارد تماس بيمار مبتلا به سياه سرفه ماه**

**دوره تكميل فرم : ماهانه**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **جنس** | **محل سكونت** | **كد****عرضه خدمات** | **تاريخ تولد** | **نوع تماس خانواده يا غيره** | **تاريخ نمونه گيري از حلق**  | **نتيجه آزمايش**  | **تجويز يا ارجاع براي آنتي بيوتيك**  | **تعداد دوزهاي واكسن DT و dt و DPT** | **تاريخ آخرين نوبت واكسن** | **سياه سرفه محتمل يا قطعي** |
| **شهر** | **روستا** | **بلي**  | **خير** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**كدعرضه خدمات:**

 **1. شهري 2. روستايي، تحت پوشش خانه بهداشت 3. روستايي تحت پوشش سيار**

**نام و سمت تكميل كننده : امضاء : نام و امضاء مسئول مركز:‌...........**