

فرم ها و دستورالعملهای مربوط به واحد بیماریها مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد

صفحه	موضوع	
۱	فرم بررسی هیپاتیت	هیپاتیت
۵	خلاصه اطلاعات موارد آلوده به هیپاتیت های منتقله از راه خون	
۶	دستورالعمل تکمیل خلاصه اطلاعات موارد آلودگی	
۸	فرم شماره ۱: لیست خطی عوارض ناشی از واکسیناسیون	عوارض واکسن
۱۰	فرم شماره ۲: گزارش AEFI - فرم انفرادی گزارش دهی عوارض ناشی از واکسن	
۱۲	فرم شماره ۳: فرم بررسی عوارض ناشی از واکسن	
۲۱	فرم شماره ۴: گزارش فعالیت مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی	تالاسمی
۲۳	فرم شماره ۵: اعلام مشخصات زوجهای ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی (ماهیانہ)	
۲۴	گزارش مراقبت وی ژه زوجهای ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی، نوزادان متولد شده و عملکرد استراتژی سوم (سه ماهه)	
۳۰-۴۰	دفتر غربالگری و بیماری دیابت بارداری و فرمهای مربوطه	
۴۱	فرم شماره ۱ (نمونه گیری تیروید و فنیل کوتونوری)	تیروید فنیل کتونوری
۴۲	فرم شماره ۲ (فرم غربالگری نوزادان)	
۴۳	فرم شماره ۳ فرم آماری گزارش دهی)	
۴۶	فرم شماره ۴: مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید مادرزادی	
۴۷	کارت مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نوزادان	
۵۰-۵۳	دستورالعمل نحوه تکمیل فرم غربالگری و بیماریابی دیابت بارداری	
۵۴	دستورالعمل نحوه تکمیل فرم گزارش دهی دیابت بارداری	
۵۵	دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری بیماران	

صفحه	موضوع	
۵۶	دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا	دیابت و فشارخون بالا
۵۸	فرم شماره ۵: راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا	
۵۹	فرم شماره ۵: دستورالعمل نحوه تکمیل : ویژه گزارش دهی فعالیت خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی در زمینه مراقبت از بیماران دیابتی	
۶۱	فرم شماره ۱ : دستورالعمل تکمیل فرمهای غربالگری تیروئید و فنیل کتونوری	تیروئید pku
۶۴	فرم شماره ۲: فرمهای برنامه کشوری غربالگری تیروئید و فنیل کتونوری	
۶۷	فرم شماره ۳: فرمهای برنامه کشوری غربالگری تیروئید و فنیل کتونوری	
۷۰	فرم شماره ۴: دستورالعمل فرمهای مراقبت بیماران تیروئید و فنیل کتونوری	
۷۳	فرم ثبت اختلالات روانپزشکی(فرم آماری)	بهداشت روان
۷۵	راهنمای فرم ثبت اختلالات روان پزشکی	
۸۳	فرم لیست خطی موارد مشکوک به آنفلو آنزا (H1N1)A	آنفلو آنزا
۸۴	فرم فعالیتهای مراقبت بیماری آنفلوآنزا	
۸۵	فرم گزارش روزانه موارد بستری مشکوک به آنفلوآنزا A در بیمارستان	
۸۶	فرم لیست خطی عفونتهای بیمارستانی	عفونت بیمارستانی
۸۷	فرم ۱۰۵: ایمن سازی (آماری ماهیانه)	ایمن سازی

صفحه	موضوع
۸۹	فرم ارجاع موارد مشکوک به سالک
۹۰	دفتر ثبت بیماران مبتلا به سالک
۹۲	کارت همراه بیماران مبتلا به سالک
۹۳	دفتر ثبت نتایج آزمایشگاهی سالک
۹۴	فرم پیگیری موارد قطع پیگیری از سالک
۹۵	فرم آماری بیماران سالک
۹۶	فرم گزارش عوارض درمان بیماری سالک
۹۷	فرم آماری گزارش ماهانه نتیجه درمان بیماران مبتلا به سالک ثبت شده در ۶-۵ ماه قبل
۹۸	فرم آموزش خانواده ها و سمپاشی در مورد سالک
۹۹	فرم گزارش آموزش ماهانه خانواده ها و سمپاشی درباره سالک
۱۰۰	فرم گزارش کنترل چونندگان
۱۰۱	فرم گزارش ماهانه چونده کشی
۱۰۱	کارت درمان سالک
۱۰۳	فرم خلاصه اطلاعات همه گیرشناسی بیماری سالک (ماهانه)
۱۰۵	فرم بررسی انفرادی سالک

۳
۶

۱۱۷	فرم شماره ۱: فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک
۱۱۸	فرم شماره ۲: فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک
۱۱۹	فرم گزارش ماهانه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن رده محیطی

۱۲۰	فرم گزارش ماهانه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن
۱۲۱	لیست خطی موارد مشکوک سرخک
۱۲۴	فرم بررسی اپیدمیو لوژی موارد مشکوک به سرخک
۱۲۵	فرم بررسی موارد فلج شل حاد
۱۲۷	لیست خطی موارد مشکوک به سندرم سرخجه مادرزادی
۱۲۹	فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک سرخک به آزمایشگاه
۱۳۱	لیست خطی گزارش تلفنی موارد مظنون به بیماری مننژیت
۱۳۲	لیست خطی موارد فلج شل حاد
۱۳۴	فرم درخواست آزمایش مدفوع برای تشخیص پولیو
۱۳۶	فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک به CRS (سندرم سرخجه مادرزادی) به آزمایشگاه
۱۳۸	لیست خطی موارد مشکوک سرخجه

۱۴۰	فرم بررسی اپیدمیو لوژیک موارد مشکوک به سرخجه
۱۴۱	فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک به سرخجه به آزمایشگاه
۱۴۳	فرم گزارش تلفنی موارد مشکوک به سیاه سرفه
۱۴۵	فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک به سیاه سرفه
۱۴۶	راهنمای مراقبت از بیماری سیاه سرفه
۱۵۰	پیگیری موارد تماس بیماری سیاه سرفه
۱۵۱	خلاصه اطلاعات بیماری کزاز
۱۵۳	فرم بررسی انفرادی کزاز
۱۵۷	لیست خطی برای موارد بالینی دیفتری
۱۵۹	فرم بررسی موارد دیفتری

۱۶۰	فرم درخواست آزمایش برای موارد مشکوک به دیفتری
۱۶۲	پیگیری موارد تماس بیمار مبتلا به دیفتری
۱۶۳	گزارش ماهیانه مراقبت بیماری مالاریا (از شهرستان به استان)
۱۶۴	جدول گزارش موارد بیماری مالاریا
۱۶۵	فرم خلاصه اطلاعات همه گیر شناسی بیماری پدیکولوز
۱۶۷	فرم ثبت موارد آلودگی به شپش (فرم شماره ۱) فقط در موقع اپیدمی تکمیل شود .
۱۶۸	فرم گزارش ماهیانه آلودگی به شپش (فرم شماره ۲)
۱۷۰	فرم بررسی اپیدمیو لوژیک شپش تن
۱۷۱	فرم بررسی آلودگی به پدیکولوز
۱۷۳	لیست خطی بیماران منتقله از راه غذا
۱۷۵	بررسی اپیدمیو لوژیک طغیان بیماریهای منتقله از راه غذا
۱۷۷	فرم شماره ۲: خلاصه اطلاعات طغیان بیماریهای منتقله از راه غذا
۱۷۹	فرم شماره ۳: خلاصه اطلاعات طغیان بیماریهای منتقله از راه غذا
۱۸۱	فرم گزارش ماهیانه اطلاعات موارد حیوان گزیدگی
۱۸۲	فرم بررسی انفرادی بیماری هاری
۱۸۴	فرم خلاصه اطلاعات همه گیرشناسی بیماری کیست هیداتیک
۱۸۶	فرم بررسی انفرادی کیست هیداتیک
۱۸۸	فرم خلاصه اطلاعات موارد اسهال خونی
۱۹۰	فرم خلاصه اطلاعات بیماری اسهال خونی در شهرستان
۱۹۲	فرم گزارش اطلاعات بیماری CCHF

۱۹۵	فرم خلاصه اطلاعات بیماری CCHF
۱۹۶	فرم خلاصه اطلاعات مارگزیدگی سال
۱۹۷	فرم خلاصه اطلاعات عقرب گزیدگی سال
۱۹۸	فرم گزارش اطلاعات بیماری تب مالت
۲۰۱	فرم خلاصه اطلاعات همه گیر شناسی تب مالت (ماهانه) ویژه شهرستان
۲۰۳	فرم تحویل و توزیع محیط کشت التور
۲۰۵	فرم نمونه برداری روزانه و فرم گزارش آزمایشگاه بیماری اسهالی
۲۰۶	دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان
۲۰۷	گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور
۲۰۸	لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد بیماری وبای التور - مراقبت التور
۲۰۹	لیست خطی (گزارش تلفنی) ناک مثبت التور - مراقبت التور
۲۱۱	فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری وبا - مراقبت التور
۲۱۳	گزارش هفتگی موارد نمونه برداری وبای التور
۲۱۵	فرم خلاصه اطلاعات همه گیر شناسی بیماری سیاه زخم
۲۱۷	فرم بررسی انفرادی بیماری سیاه زخم
۲۱۹	خلاصه اطلاعات بیماری تیفوئید
۲۲۰	فرم خلاصه اطلاعات همه گیر شناسی بیماری کالا آزار
۲۲۱	فرم گزارش ماهیانه موارد AIDS/HIV (ایدز)
۲۲۲	فرم اطلاعات مربوط به فوت مبتلایان به HIV و ایدز
۲۲۴	تعداد کل مراجعات به مراکز مشاوره ایدز در سه ماه گذشته

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام شهرستان کد بیمار
 مرکز گزارش دهنده شهرستان دانشگاه سال

فرم بررسی موارد هپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

نام و نام خانوادگی : سن = ۰۰ کمتر از یکسال
 نام پدر: جنس: شغل: محل سکونت: شهرستان شهر روستا عشایر
 نشانی: تلفن تماس:

واکسیناسیون : انجام شده انجام نشده
 نوبت دوز دریافت شده (صفر تا ۳) کارت حافظه تاریخ دریافت آخرین نوبت:

علت بررسی (کلیه موارد مرتبط علامت گذاری شود):

- ۱- بروز علائم هپاتیت حاد ۲- افزایش آنزیم های کبدی ۳- سابقه اعتیاد تزریقی ۴- حاملگی
 ۵- نوزاد مادر آلوده ۶- تماس جنسی مشکوک ۷- افراد خانوار فرد آلوده ۸- تزریق خون یا فرآورده های خونی
 ۹- دیالیز ۱۰- شاغلین بهداشت و درمان ۱۱- دریافت خدمات دندانپزشکی ۱۲- پیگیری علت آلودگی شناخته شده قبلی
 ۱۳- اهداء خون یا عضو ۱۴- بررسی داوطلبانه ۱۵- بررسی فرد بدون علامت یا عوامل زمینه ساز ۱۶- سایر

یافته های آزمایشگاهی	نامشخص	منفی	مثبت
HBsAg	نامشخص	منفی	مثبت
HBsAg	نامشخص	منفی	مثبت
IgM anti HBc	نامشخص	منفی	مثبت
IgM anti HAV	نامشخص	منفی	مثبت
anti HCV Elisa	نامشخص	منفی	مثبت
anti HCV RIBA	نامشخص	منفی	مثبت
anti HDV Ab	نامشخص	منفی	مثبت

اطلاعات بالینی افراد الوده به هپاتیت
 آیا دارای علامت بالینی است: خیر بلی تهوع و استفراغ درد شکم تب زردی سایر علائم
 تاریخ بروز اولین علائم .../.../...
 تاریخ تشخیص .../.../...
 آیا بیمار به علت هپاتیت بستری شده؟ بلی خیر
 آیا بیمار در اثر هپاتیت فوت نموده؟ بلی خیر تاریخ فوت .../.../...
 آیا بیمار حامله بوده؟ بلی خیر سن حاملگی:
 آیا علائم بالینی سیروز دارد؟ بلی خیر

SGOT.....SGPT..... Bilirubin.....U/A.....CBC
 Others :

تشخیص نهایی:

هپاتیت B حاد مزمن هپاتیت C حاد مزمن هپاتیت D حاد مزمن سایر هپاتیت ها
 آلودگی مزمن HBV بدون علامت و فعال آلودگی HCV بدون علامت و فعال ناقل غیر فعال B C سیروز سایر

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هیپاتیت حاد طی ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از تماس الوده و در صورت مزمن بودن آلودگی بر اساس سابقه قبلی تکمیل می گردد.

۱- آیا بیمار در تماس با موارد مشکوک یا قطعی هیپاتیت B یا C بوده است؟ بلی خیر نامشخص

در صورت بلی نوع تماس تماس جنسی تماس غیر جنسی در خانواده سایر نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده هیپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است . آدرس..... تلفن.....

۲- آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده های خونی داشته است ؟ بلی خیر نامشخص

در صورت بلی نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خون.....

۳- آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون ، فرورفتن سوزن و....) داشته است؟..... نام و آدرس مرکز مورد نظر بلی خیر نامشخص

- سابقه کدام یک از موارد زیر را داشته است؟
- ۵- دیالیز
 - ۱۲- دندانپزشکی
 - ۱۵- خالکوبی
 - ۱۸- ازدواج (دائم یا موقت)
 - ۱۰- جراحی
 - ۱۳- تزریق داروی غیر مخدر
 - ۱۶- سوراخ کردن گوش یا بینی
 - ۱۹- اقامت در زندان یا مرکز باز پروری
 - ۱۱- اندوسکوپی
 - ۱۴- تزریق مواد مخدر
 - ۱۷- حجامت
 - ۲۰- ختنه
 - ۲۱- سایر.....

در صورتی که هریک از موارد ۹-۲۰ مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود .

در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان:..... نام و محل مرکز انجام مراقبتهای بارداری که به آن مراجعه می کند:.....

آیا بیمار بستری است ؟ بلی خیر نام محل و بیمارستان

پیگیری موارد الوده به HBV شش ماه بعد از تماس الوده

ملاحظات	تاریخ آزمایشات مورد نیاز										تاریخ تشخیص	تاریخ بررسی
	سایر	سونوگرافی کبد	aFP	PT	PLT	AIB	ALT	AST	anti HbC	HBs-Ag		

در صورتی که HBs-Ag منفی باشد anti HbC انجام می گردد. در صورتی که هر دو این تست ها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد.

- در موارد الودگی در مردان بالای ۴۰ سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش aFP و سونوگرافی هر ششماه در سایر موارد به فاصله شش ماه تا دوازده ماه توصیه می شود.

نام و سمت گزارشگر..... تاریخ گزارش...../...../..... امضاء:.....

فرم بررسی اطرافیان فرد آلوده

نیاز به پیگیری بعدی	مشاوره	آموزش	تاریخ تزریق واکسن			انجام واکسیناسیون HCV	نتایج آزمایشات مورد نیاز				تاریخ بررسی	نام خانوادگی	نام
			نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم		سایر	HCVAb1	antiHB C	HBS-Ag			

۱- نوع آزمایش انجام شده (Elisa یا RIBA) مشخص شود

صفحه ی ۴ از فرم بررسی موارد هپاتیت منتقله از راه خون

.....سال
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
...../...../.....شهر/روستا/عشایر.....

.....ماه
معاونت سلامت
مرکز گزارش دهنده : مرکز بهداشتی درمانی/بیمارستان/ کلینیک/ مطب

خلاصه اطلاعات موارد آلوده به هپاتیت های منتقله از راه خون

آدرس	پیامد بیماری	علائم بالینی				عوامل خطر	وضعیت بالینی	تشخیص							علائم آزمایشگاهی			سابقه		تاریخ	وضعیت تاهل	کد محل سکونت	نام پدر	نام و نام خانوادگی	کد ملی															
		سایر علائم	درد شکم	تهوع و استفراغ	تب			زردی	وضعیت بالینی	HCV	HBV&HC	HDV	HBV	SGPT	SGoT	Anti HCV	HBcAg	Anti HBC	HBs-Ag							دارد	ندارد													

کد محل سکونت : ۱- شهر ۲- روستا ۳- عشایر
 علت بررسی شامل : ۱- بروز علائم بالینی ۲- حاملگی ۳- وجود عوامل خطر ذکر شده ۴- داوطلبانه ۵- سایر موارد
 وضعیت تاهل: ۱- متاهل ۲- مجرد ۳- همسر مرده ۴- مطلقه جنس: ۱- مذکر ۲- مونث
 وضعیت بالینی شامل: ۱- حاد ۲- مزمن ۳- ناقل ۴- نامشخص ۵- سایر
 عوامل خطر شامل: ۱- اعتیاد تزریقی ۲- حاملگی ۳- نوزاد مادر آلوده ۴- تماس جنسی مشکوک ۵- افراد خانوار فرد آلوده ۶- تزریق خون/ فرآورده های خونی ۷- سابقه ی دیالیز ۸- شاغلین بهداشت و درمان ۹ سایر
 پیامد بیماری: ۱- بهبودی ۲- فوت ۳- نامعلوم ۴- عارضه

« دستور العمل تکمیل خلاصه اطلاعات موارد آلودگی

به هیاتیت های منتقله از راه خون»

گزارشات رسیده به مرکز بهداشتی در مانی روستایی و شهری و موارد ثبت شده در این مراکز و همچنین گزارشات جمع آوری شده از مطب ها ، مراکز انتقال خون ، کلینیک ها و بیمارستانهای خصوصی و دولتی بر اساس اغین فرم ثبت و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد . در این سطح ضمن بررسی صحت و دقت لازم در تکمیل آن ، داده ها جمع بندی شده در فرم خلاصه اطلاعات وارد شده و تحت عنوان داده های آن شهرستان در پایان هر ماه به سطح بالاتر (مرکز بهداشت استان) ارسال می گردد . در این سطح نیز بررسی و پیگیری های مورد نیاز انجام شده و پس از حصول اطمینان از صحت و کامل بودن ، جمع بندی شده و تحت عنوان داده های استانی در فرم مذکور ثبت و به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد . ارسال اطلاعات به صورت الکترونیکی (از طریق مودم یا e-mail) و یا استفاده از نرم افزار مناسب صورت می گیرد . بدیهی است تازمانی که آمادگی ارسال از طریق فوق ممکن نباشد این کار با استفاده از فرم مذکور و به صورت دستی انجام می گردد.

لازم است در ابتدا نام سطح و مرکز تکمیل کننده / گزارش دهنده ، ماه و سال مورد نظر ثبت گردد.

- ۱- ردیف: منظور شماره ردیف ثبت شده در هر ماه می باشد . با شروع هر ماه شماره ردیف از یک آغاز می گردد .
- ۲- نام و نام خانوادگی و نام پدر : منظور مشخصات شناسنامه ای فرد می باشد.
- ۳- کد محل سکونت : بر اساس شهر ، روستا یا عشایر ثبت می شود .
- ۴- وضعیت تاهل : منظور وضعیت تاهل از ۶ ماه پیش می باشد .
- ۵- سن : به سال ثبت گردد (در موارد زیر یک سال به ماه قید شود) .
- ۶- جنس : به صورت مذکر یا مونث ثبت می گردد .
- ۷- شغل: منظور شغل فعلی می باشد در صورتی که در ۶ ماه گذشته تغییر شغل دارد در ملاحظات پشت صفحه قید گردد .
- ۸- تاریخ: تاریخ شروع اولین علائم و تاریخ تشخیص پزشک بصورت جداگانه ثبت شود.
- ۹- علت برسی: با توجه به موارد ذکر شده در پایان صفحه شماره آن ذکر گردد .
- ۱۰- سابقه واکسیناسیون HBV: اگر ۳ نوبت واکسیناسیون انجام شده در قسمت کامل و در صورتی که کمتر از ۳ نوبت تزریق واکسن صورت گرفته در قسمت ناقص علامت زده شود.
- ۱۱- علائم آزمایشگاهی: در صورتی که در آزمایش انجام شده هر یک از موارد ذکر شده وجود دارد در ستون مربوطه علامت زده شود
- ۱۲- تشخیص: نتیجه قطعی اقدامات تشخیصی انجام شده با نظر پزشک در این قسمت ثبت گردد.
- ۱۳- وضعیت بالینی : شامل وضعیت بیمار به هنگام مراجعه می باشد که شامل حاد، مزمن، ناقل، فوت، نامشخص و سایر موارد براساس نظر پزشک مربوطه است . کد هر یک از این موارد در قسمت پائین و سمت راست ذکر شده است .
- ۱۴- عوامل : خطر منظور یکی از مواردی است که در پایان صفحه ذکر شده و می تواند در ایجاد الودگی موثر باشد بایستس شماره هر مورد در ستون مربوطه نوشته شود . اگر هیچ یک از موارد فوق در سوابق بیمار وجود ندارد نیز با شماره (۹) مشخص گردد.
- ۱۵- علائم بالینیث : در صورتی که هر یک یا چند تا از علائم ذکر شده را داشته باشد در ستون مربوط تیک زده شده و اگر علائمی غیر از آن نیز وجود دارد ، در قسمت سایر علائم نوشته شود.
- ۱۶- پیامد بیماری: شامل بهبودی یا فوت بیمار ، ایجاد عارضه به دنبال ابتلا به بیماری و در صورتی که به هر علت امکان پیگیری بیمار وجود ندارد ن به عنوان نامعلوم ذکر شود.
- ۱۷- آدرس ک منظور ادرس محل سکونت فعلی و شماره تلفن بیمار است.

لازم است فرد تکمیل کننده فرم ن ضمن تائید مندرجات ان قسمت پائین و سمت چپ را امضاء نماید

فرم شماره یک : : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون

۱- استان..... ۲- دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... ۳- تاریخ ارسال گزارش: .../.../...

شهرستان	نام و نام خانوادگی	جنس	نوع گزارش	بستری	نوع واحد گزارش دهنده	سن حاملگی (هفته/ماه)	وزن زمان تولد(گرم)	تاریخ تولد	گروه سنی	تاریخ ایمنسازی	نوع واکنش	دریافت شده واکسن/واکسنهای	شماره سریال	کارخانه سازنده**	تاریخ بروز	تاریخ مراجعه	عاقبت**	تشخیص نهایی	طبقه بندی	پروسی(بلی/خیر)	انجام پروسی	تاریخ تکمیل فرم	خوشه(بلی/خیر)	اقدامات انجام یافته

*نوع واحد گزارش دهنده: خانه بهداشت، مرکز بهداشت شهری- پایگاه و... **کارخانه سازنده (ایران- هند- کره و...) **عاقبت (شامل یکی از موارد بهبود- تحت درمان- عارضه ماندگار- فوت- نامعلوم)

نام و نام خانوادگی مسئول AEFI امضاء

فرم شماره ۲- گزارش AEFI: فرم انفرادی گزارش دهی عوارض ناشی از واکسیناسیون

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان

- ۱- نوع واحد گزارش دهنده:
- خانه بهداشت مرکز بهداشتی در مانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی
 زایشگاه پایگاه بهداشتی بخش خصوصی بیمارستان
 تیم سیار بیمارستان

۲- نام محل واکسیناسیون: شهرستان شهر: روستا:

۳- مشخصات فردی: نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: ملیت:

تاریخ تولد: روز ماه سال سن حاملگی: ماه/هفته وزن زمان تولد: گرم

جنس: مونث: مذکر: آدرس: شماره تلفن:

۴- مشخصات واکسن

نوع واکسن	تاریخ واکسیناسیون	شماره سریال	کارخانه سازنده	تاریخ انقضاء
ب ت ژ (BCG)				
فلج اطفال				
تلات				
توأم بزرگ سالان				
ام ام آر (MMR)				
هیپاتیت B				
سایر				

۵- عوارض مشاهده شده

الف: این قسمت توسط کارمند بهداشتی تکمیل گردد	ب: این قسمت توسط پزشک تکمیل گردد.	
علامتی	علامت بزنید	تاریخ بروز
آبسه در محل تزریق		
نفادیت		
عارضه موضعی شدید		
فلج (طی ۳۰ روز بعد از واکسیناسیون)		
تشنج		
تب بالا		
کاهش سطح هوشیاری		
حساسیت پوستی		
جیع زدن مداوم با بی قراری		
شوگ		
اسهال شدید آبکی		
درد مفاصل		
استفراغ مکرر		
تنگی نفس		
سایر موارد		

- ۶- آیا عارضه منجر به بستری بیمار در بیمارستان شده است؟ بلی خیر
- ۷- عاقبت بیمار: بهبود تحت در مان عارضه ماندگار فوت نامعلوم
- ۸- مشخصات گزارشگر: نام و نام خانوادگی: سمت: تلفن:
- ۹- تاریخ گزارش:/...../..... امضاء:
- ۱۰- بخش پیگیری: تاریخ دریافت گزارش در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده:/...../.....
نیاز به بررسی دارد: بلی خیر تاریخ انجام بررسی:/...../.....

تعاریف (پشت صفحه یک فرم شماره ۲)

سندروم شوک توکسیک

با شروع ناگهانی تب ، استفراغ و اسهال شدید آبکی چند ساعت پس از واکسیناسیون مشخص می شود که این حالت بسیار خطر ناک است و باید سریع به پزشک ارجاع داده شود و اگر در مدت ۴۸- ۲۴ ساعت پس از آغاز، در مان نشود ممکن است منجر به مرگ شود.

آنسفالوپاتی: آنسفالوپاتی ، کسالت با شروع حاد است که با دو علامت از علائم زیر مشخص می شود:

- ۱- تشنج
- ۲- تغییر شدید سطح شعور که یک روز یا بیشتر به طول انجامد.
- ۳- تغییر آشکار رفتاری که به مدت یک روز یا بیشتر ادامه یابد.

آنسفالیت

آنسفالیت به وسیله علائم فوق و نشانه های التهاب مغزی و در بسیاری حالات با پلئوسیتوز مایع مغزی و نخاعی و یا جدا شدن ویروس ، مشخص می شود. هر آنسفالیتی که تا یک ماه پس از ایمنسازی اتفاق بیافتد ، باید گزارش شود.

الف : پیامد های نامطلوب موضعی

آبسه محل تزریق:

ضایعه ای در محل تزریق که حاوی مایع بوده و حالت موج داشته و یا سر باز کرده باشد که می تواند همراه با تب یا بدون تب باشد و شامل انواع ذیل است: آبسه باکتریال : وجود چرک ، علائم التهابی، تب ، کشت مثبت، رنگ آمیزی گرم مثبت یا پیدا کردن نوتروفیل ، اغلب به نفع وجود یک آبسه میکروبی است . آبسه استریل : حالتی است که شواهدی مبنی بر وجود عفونت باکتریال ، متعاقب بررسی های انجام شده در یک آبسه وجود ندارد.

لنفادنیت از جمله لنفادنیت چرکی:

- ۱- حد اقل یک غده لنفاوی به اندازه ۱/۵ سانتیمتر و یا بزرگتر (عرض یک انگشت فرد بالغ) ایجاد شده باشد.
- ۲- یک سینوس مترشح روی یک غده لنفاوی که فقط در اثر تزریق واکسن ب ت و ۶-۲ ماه بعد از دریافت این واکسن در همان سمت واکسن در ناحیه زیر بغل ایجاد شده باشد.

عارضه موضعی شدید :

ایجاد عوارضی در اطراف محل تزریق با حد اقل یکی از علامت های زیر:

- ۱- تورم در نزدیکترین مفصل محل تزریق:
- ۲- درد، قرمزی و تورم که بیش از سه روز ادامه یابد:
- ۳- درد، قرمزی و تورم که به بستری شدن نیاز داشته باشد.

ب: پیا مدهای نامطلوب دستگاه عصبی مرکزی

فلج حاد

الف - پولیومیلیت فلجی ناشی از واکسن :

فلج شل حاد که در مدت ۳۰ تا ۴۰ روز بعد از دریافت واکسن خوراکی فلج (OPV) شروع می شود و یا در مدت ۴ تا ۷۵ روز پس از تماس با شخصی بروز می نماید که واکسن خوراکی فلج را دریافت نموده است.

ب: سندروم گیلن باره (GBS) :

فلج شل حاد متقارن بالا رونده که به سرعت پیشرفت می کند با از بین رفتن حس همراه بوده و در ابتدای بیماری تب وجود ندارد . این موارد با آزمایش مایع مغزی ، نخاعی تشخیص داده می شوند که در آن بین شمارش سلولی و مقدار پروتئین ، تناسبی وجود ندارد.

سندروم گیلن باره که تا ۳۰ روز پس از ایمنسازی اتفاق می افتد باید گزارش داده شود.

تشنج: تشنج هایی که از چند دقیقه تا بیش از ۱۵ دقیقه طول می کشد و با علائم یا نشانه های کانونی عصبی همراه نمی باشد.

الف - تشنج های تب دار .

ب: تشنج های بدون تب.

تب:

الف : تب خفیف : درج حرارت ۳۸/۴ - ۳۷/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی

ب: تب بالا: درجه حرارت ۳۹/۴-۳۸/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی .

ج: تب خیلی بالا: درجه حرارت بیشتر از ۳۹/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی

د: تب نامحسوس یا مشخص نشده : به نظر می آید درجه حرارت بالا است اما اندازه گیری نشده است لازم به توضیح است که افزایش دمای بدن پس از تزریق واکسن، طبیعی است اما اگر تب بیمار، بالا یا خیلی بالا باشد (ب و ج) باید گزارش شود.

جیغ کشیدن مداوم : گریه مداوم و بدون انقطاع که برای مدت ۳ ساعت ادامه داشته باشد و جیغ زدن با صدای بلند و غیر طبیعی.

سقوط فشار خون و کاهش عکس العمل بدن (شوک کولایس)

ممکن است حدود ۲۴ ساعت پس از تزریق واکسن ، فرد بطور ناگهانی دچار حالت رنگ پریدگی ، کاهش و یا عدم پاسخگویی به تحریکات، کاهش تون عضلات بدن (افتادگی و بی حسی دستها یا پاها) شود که این حالتها معمولاً گذرا هستند و خود به خود رفع می شوند.

فرم بررسی عوارض ناشی از واکسیناسیون

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

<p>۲- مشخصات مکان تلقیح واکسن نام مکان تلقیح واکسن: نام واکسیناتور: تلفن:</p>	<p>۱- دانشکده /دانشگاه: <input type="checkbox"/> شهرستان: <input type="checkbox"/> تاریخ تکمیل فرم: نام پزشک بررسی کننده: شماره تلفن: شماره نمابر: آدرس:</p>
<p>۳- مشخصات بیمار : نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن حاملگی:.....ماه/هفته وزن زمان تولد:.....گرم جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> ملیت: آدرس: تلفن:</p>	
<p>۴- مشخصات عارضه: شرح علایم ، نشانه ها و طول مدت هر یک از عوارض ناشی از واکسن: تاریخ انجام واکسیناسیون : ساعت روز ماه سال تاریخ شروع عارضه: ساعت روز ماه سال فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عارضه : ساعت روز هفته ماه اقدامات انجام شده جهت رفع عارضه ک</p> <p>۵- آیا عارضه منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان شده است ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی : نام بیمارستان: تاریخ بستری:</p> <p>۶- پیامد عارضه : <input type="checkbox"/> بیمار فوت کرده است (تاریخ فوت:...../...../.....) <input type="checkbox"/> عارضه ماندگار <input type="checkbox"/> بهبود <input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> سایر موارد توضیحات:</p>	
<p>۷- آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا بستگان نزدیک او وجود دارد ؟ بیمار بستگان اگر بلی: نوع عارضه سن بروز عارضه نوع واکسن شماره نوبت واکسن نسبت بیمار</p>	
<p>۸- مشخصات واکسن یا واکسن هایی را که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است به شرح زیر ذکر نمایید: نوع واکسن کارخانه سازنده شماره سریال تاریخ انقضاء روش و محل تلقیح تعداد دوزهای مصرفی قبلی واکسن -۱ -۲ -۳ -۴</p>	
<p>۹- اگر واکسن یا واکسن هایی در روز انجام واکسیناسیون در طی چهار هفته قبل دریافت نموده است، در این قسمت ذکر نمایید: نوع واکسن کارخانه سازنده شماره سریال تاریخ انقضاء روش و محل تلقیح تعداد دوزهای مصرفی قبلی تاریخ دریافت -۱ -۲ -۳</p>	
<p>۱۰: نحوه نگهداری و تزریق واکسن:</p>	

*زنجیره سرد واکسیناسیون:

- ۱- حمل و نقل واکسن: مطلوب نامطلوب
- ۲- نگهداری واکسن: مطلوب نامطلوب
- *رعایت استریلیزاسیون در حین تزریق: مطلوب نامطلوب
- *حلال مناسب: بلی خیر
- *میزان دوز تزریق شده: مطلوب نامطلوب

۱۱- آیا گزارش مشابهی از عارضه فوق با دریافت واکسن از همان ویال در آن شهرستان بوجود آمده است؟
خیر بلی توضیح:

۱۲- آیا گزارش مشابهی با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان گزارش شده است؟
خیر بلی توضیح:

۱۳- طبقه بندی:

پس از بررسی های انجام یافته ، عارضه واکسن را مربوط به کدامیک از موارد زیر می دانید؟

A: اشتباه در برنامه واکسیناسیون (Programme Error)

- ۱- تزریق غیر استریل
- ۲- آماده سازی غیر صحیح واکسن
- ۳- تکنیک/محل تزریق
- ۴- نگهداری واکسن
- ۵- حمل و نقل واکسن
- ۶- سایر موارد توضیح:

B: واکنش مربوط به خود واکسن:

- ۱- واکنش شناخته شده در حد انتظار واکسن
- ۲- سایر موارد

C) عارضه به دلیل وجود یک عامل مستعد کننده ، همزمان با واکسیناسیون بوجود آمده:

- ۱- ناشی از داروهای همزمان استفاده شده توضیح:
- ۲- ناشی از سایر واکسنهای تزریق شده در همان روز توضیح:
- ۳- ناشی از واکسنهای تزریق شده در فاصله چهار هفته توضیح:
- ۴- ناشی از بیماری دیگری که در فرد بوده توضیح:
- ۵- سایر موارد توضیح:

D) عارضه به دلیل واکنش تزریقات بوجود آمده است

E) ناشناخته

۱۴- تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده:

۱۵- نظر نهایی کمیته شهرستانی AEFI:

۱۶- نظریه نهایی کمیته دانشگاهی AEFI:

دستور العمل عوارض ناشی از واکسیناسیون

۶- نحوه گزارش دهی در سیستم مراقبت AEFI (در سال ۱۳۸۹)

اگر فردی پس از انجام واکسیناسیون، مراجعه نمود و عارضه ای را به واکسیناسیون ارتباط داد، آن علامت را عارضه تلقی و گزارش نمائید.
فرم های گزارش دهی :

فرم شماره یک : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون:

فرم شماره دو: فرم انفرادی گزارش دهی عوارض ناشی از واکسیناسیون :

فرم شماره سه: فرم بررسی عوارض ناخواسته ناشی از واکسیناسیون:

*با توجه به گزارش موارد AEFI از طریق فرمهای سیستم مراقبت AEFI، از ابتدای سال ۱۳۸۹ ستون "عارضه جانبی ناشی از واکسیناسیون" در فرم "گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن" حذف می گردد.

چه عوارضی باید گزارش شوند؟

۱- کلیه شوک هایی که در مدت ۲۴ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نمایند.

۲- کلیه آبسه های محل تزریق واکسن که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند.

۳- لنفادنیت های ناشی از واکسن BCG که در هر زمان پس از تزریق واکسن ایجاد شوند باید با ذکر مدت زمان پس از واکسیناسیون، گزارش شوند.

۴- عارضه موضعی شدید که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون به وجود آیند.

۵- تب بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی که در مدت ۷۲ ساعت پس از واکسیناسیون بروز نماید.

۶- فلجی که در مدت یک ماه پس از دریافت هر نوع واکسن به ویژه واکسن فلج اطفال ایجاد شود.

۷- تشنج

۸- درد مفاصل (آرتراژی) که متعاقب واکسیناسیون به وجود آید.

۹- جیغ زدن مداوم یا بی قراری که بیش از سه ساعت به طول انجامد.

۱۰- استفراغ مکرر

۱۱- کلیه موارد مرگ که در فاصله ۴ هفته پس از واکسیناسیون اتفاق افتد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای آن، وجود نداشته باشد.

۱۲- سایر رویدادهای غیر معمول در مدت چهار هفته پس از واکسیناسیون که تصور می شود مربوط به واکسیناسیون باشد .

۱۳- سایر عوارض و واکنشهایی از قبیل حساسیتهای پوستی، کاهش سطح هوشیاری، تنگی نفس، بی قراری، تورم غدد بنا گوشه و... که بعد از انجام واکسیناسیون بروز نمایند.

در چه فاصله ای پس از اطلاع از عارضه، باید مورد را گزارش نمایید ؟

الف) عوارض زیر عوارض فوری تلقی می شوند و باید بلافاصله و حد اکثر در مدت ۲۴ ساعت پس از اطلاع گزارش شوند:

- کلیه موارد مرگ ناشی از واکسیناسیون:

- کلیه موارد بستری شدن در بیمارستان به علت عارضه ناشی از واکسیناسیون :

- کلیه آبسه های محل تزریق

- سایر عوارض در صورت ایجاد نگرانی در جامعه

- هر گونه عارضه که به صورت خوشه بروز نماید.

نحوه گزارش دهی موارد :

از ابتدای سال ۱۳۸۹ کلیه موارد اعم از فوری و غیر فوری طبق لیست خطی (فرم شماره یک)تنظیم و در پورت ثبت گردند.

الف: نحوه گزارش دهی موارد فوری

- ۱- حد اکثر در مدت ۲۴ ساعت، موارد را طبق لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون (فرم شماره یک) جمع آوری و در فرم "ورود اطلاعات مراقبت AEFI در قسمت ایمن سازی پورت به آدرس <http://Port.health.gov.ir/mfdc/epi/immunization> ثبت گردد.
 - ۲- فرم شماره ۲ تکمیل گردد.
 - ۳- حد اکثر تا ۴۸ ساعت بررسی انجام و فرم بررسی (فرم شماره ۳) تکمیل گردد.
- تشکیل کمیته عوارض پس از ایمن سازی شهرستان و دانشگاه و طبقه بندی با توجه به اطلاعات حاصله از فرم بررسی و بررسی مدارک موجود (پرونده بیمارستان و...) برای موارد فوت و سایر موارد شدیدی که شکوائیه
- ۴- داشته و یا بر حسب صلاحدید در جهت اصلاح برنامه قبایستی در کمیته مطرح شوند. ارسال صورتجلسه کمیته مذکور به مرکز مدیریت بیماریها
 - ۵- ارسال فرم بررسی و صورتجلسه کمیته عوارض ناخواسته ایمن سازی شهرستانی و دانشگاهی و پرونده کامل بیمارستانی (در صورت بستری شدن) در اولین فرصت و نهایتا تا پایان ماه گزارش مورد با توجه به اهمیت اتمام سریع در مواقع گزارش مورد فوت، نتایج اولیه بررسی موارد منجر به فوت شامل شرح حال و تعیین تاریخ و زمان بروز واکنش / واکنش ها، بیماریهای زمینه ای قبلی و... ترجیحا فرم بررسی تکمیل شده را به مرکز مدیریت بیماریها ارسال نمایید و نهایتا در اولین فرصت و به محض تکمیل سایر مستندات شامل صورتجلسه کمیته دانشگاه، شهرستان، پرونده بیمارستانی و آزمایشات جهت طرح در کمیته کشوری اقدام فرمایید.
- (ب) عوارض غیر فوری :
- عوارض غیر فوری باید پس از دریافت گزارش، در پورت ثبت شوند. نحوه گزارش دهی موارد اعم از فوری و غیر فوری به شرح ذیل است:
- ۱- برای هر بیمار داری عارضه غیر فوری یک فرم انفرادی گزارش عارضه ناشی از واکسیناسیون (فرم شماره ۲) و یک فرم لیست خطی (شماره ۱) تکمیل و مطابق فرایند گزارش دهی، به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد، چنانچه مورد عارضه فوری تلقی گردید علاوه بر فرم های مذکور فرم شماره ۳ نیز تکمیل و ارسال گردد.
 - ۲- کلیه موارد ارسالی (فوری و غیر فوری) از مراکز در مراکز بهداشت شهرستان طبق لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون (فرم شماره ۱) تنظیم و به مرکز بهداشت دانشگاه ارسال تادر پورت ثبت گردد (چنانچه دسترسی شهرستانی وجود ندارد) و فرم شماره ۳ (در صورت فوری بودن مورد و تکمیل شدن) و یک نسخه از فرم های شماره ۱ و ۲ در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری گردد.
 - ۳- فرم بررسی (شماره ۳) موارد فوری در طول ماه گزارش دهی تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه ارسال تا جمع آوری و به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد.
- نحوه تکمیل فرم شماره یک :
- در قسمت های ۱ تا ۱۲ این فرم، موارد ذیل را به ترتیب ذکر نمایید.
- ۱- نام استان
 - ۲- نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی،
 - ۳- تاریخ ارسال گزارش:
 - ۴- نام شهرستان:
 - ۵- نام و نام خانوادگی بیمار:
 - ۶- جنسیت بیمار را ثبت نمایید. مذکر یا مؤنث:
 - ۷- نوع گزارش فوری یا غیر فوری ثبت شود:
 - ۸- بستری: چنانچه مورد در بیمارستان بستری است / بوده است، گزینه بلی در غیر اینصورت گزینه خیر را انتخاب نمایید

- ۱- نوع واحد گزارش دهنده (خانه بهداشت ، مرکز بهداشتی- درمانی شهری، مرکز بهداشتی - درمانی روستایی ، تیم سیار، بیمارستان، زایشگاه ، پایگاه بهداشتی ، مطب خصوصی و...) را ثبت نمایید. مثلا خانه بهداشت
 - ۲-
 - ۳- چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است سن حاملگی را بنویسید و برحسب اینکه عدد مذکور هفته یا ماه حاملگی است ، ذکر نمایید . مثلا ۳۸ هفته یا ۹ ماه
 - ۴- چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است وزن زمان تولد را برحسب گرم بنویسید.
 - ۵- تاریخ تولد بیمار :
 - ۶- گروه سنی مورد راثبت نمایید. مثلا ۵-۱ سال
 - ۷- تاریخ ایمنسازی
 - ۸- نوع واکنش را مطابق با علامت /علائم لیست شده در فرم شماره ۲ درج کنید
 - ۹- نام واکسن / واکسن های دریافت شده را درج نمایید
 - ۱۰- شماره سریال واکسن / واکسن های دریافت شده
 - ۱۱- کشور / کارخانه سازنده واکسن ذکر شود (ایرانی -فرانسه -کره و...)
 - ۱۲- تاریخ بروز(شروع) عارضه را درج نمایید:
 - ۱۳- تاریخ مراجعه بیمار به مرکز گزارش دهنده.
 - ۱۴- عاقبت: یکی از موارد بهبودی - عارضه ماندگار- تحت درمان- فوت- نامشخص (در صورت تغییر مکان ونبودن امکان پیگیری مورد) را درج نمایید. در موارد فوری به محض تکمیل بررسی و نهایتا برای کلیه موارد تا پایان ماه گزارش دهی در لیست خطی وپورت ثبت شود. **توجه : در مواردیکه فوت گزارش می گردد در زمان ثبت درپورت حتما گزینه "فوت" درج گردد.**
 - ۱۵- تشخیص نهایی بیماری (در موارد فوری که نامکان در ج تشخیص نهایی در هنگام گزارش وجود ندارد ، به محض تعیین در پورت و فرم های مربوطه ثبت و تکمیل گردد).
 - ۱۶- طبقه بندی عارضه شامل یکی از موارد ۱- واکنش واکسن ۲- اشتباه در برنامه (خطای برنامه) ۳- همزمانی ۴- واکنش تزریق ۵- ناشناخته ، تعیین و درج گردد. در موارد فوری با توجه به برداشت اولیه درپورت ثبت گردد و در اولین فرصت و نهایتا تا پایان ماه گزارش دهی اصلاح یا به همان صورت در پورت ثبت گردد. مثلا برداشت اولیه از مستندات در زمان گزارش حاکی از بروز خطای برنامه است پس در زمان ثبت در پورت گزینه خطای برنامه ثبت گردد و در صورتیکه پس از پایان بررسی همان خطای برنامه تایید شد بدون تغییر در پورت باقی بماند در غیر اینصورت گزینه های دیگر را مثلا واکنش واکسن و... را انتخاب نمائید . بدیهی است در مورد موارد غیر فوری که در طول ماه ثبت می شوند پس از طبقه بندی قطعی ثبت ، و نیلز به بازنگری ندارند.
 - ۱۷- انجام بررسی برای کلیه موارد فوری (مرگ، بستری در بیمارستان ، هر نوع واکنش و مواردی که در جامعه ایجاد نگرانی کرده و بروز خوشه عوارض) فرم بررسی تکمیل و تا پایان ماه گزارش دهی به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد. در این قسمت هم گزینه بلی برای موارد مذکور انتخاب و ثبت گردد. ضمن آنکه کلیه مواردی که با توجه به امکان بروز خطای برنامه و میکروپلان دانشگاه، لزوم انجام بررسی آنها در فرم شماره ۲ بلی پاسخ داده شده است نیز در پورت گزینه بلی انتخاب و درج گردد . بدیهی است یک نسخه از فرم بررسی کلیه مواردی که انجام بررسی در مورد آنها علامت زده شده است در مراکز بهداشت شهرستان مربوطه و دانشگاه ، بایستی نگهداری گردد. **(همانگونه که در بالا ذکر شد فقط یک نسخه از فرم بررسی موارد فوری بایستی به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد)**
 - ۱۸- خوشه : فوکال پوینت AEFI شهرستان چنانچه با توجه به مراکز گزارش دهنده و بررسی های بعمل آمده عارضه هایی را بعنوان خوشه تلقی می نماید گزینه بلی را انتخاب و در غیر اینصورت گزینه خیر را انتخاب نمایند. بدیهی است فوکال پوینت AEFI دانشگاه با مشاهده وجود خوشه پس از بررسی و تأیید مجدد ، فیلد ثبت شده به صورت خوشه را به همان صورت ن یعنی انتخاب بلی تایید و در واقع تغییری اعمال نخواهد کرد ، در غیر اینصورت ، (تأیید نکردن خوشه) کلیه مواردی که خوشه تلقی و بلی انتخاب گردیده با گزینه خیر علامت گذاری و به شهرستان مربوطه اعلام نمایند.
 - ۱۹- اقدامات انجام یافته : با توجه به طبقه بندی مورد اقدامات انجام شده را از لیست انتخاب نمایید . مثلا چنانچه عارضه خطای برنامه به علت تکنیک تزریق بود اقدام انجام یافته "آموزش /باز آموزی واکسیناتور در زمینه تکنیک تزریق" خواهد بود.
- نحوه تکمیل فرم شماره ۲:

- ۱- در قسمت " نوع واحد گزارش دهنده "، عنوان مرکز انجام واکسیناسیون را، علامت بزیند (به عنوان مثال، خانه بهداشت یا بیمارستان)
- ۲- در قسمت " نام محل واکسیناسیون "، نام مرکز مربوطه را ذکر نمایید و سپس نام شهرستان، شهر ویا روستا را وارد کنید.
- ۳- در قسمت، " مشخصات فردی " نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد، نام پدر و ملیت وی را وارد نمایید و جنسیت وی را مشخص کنید. حتما آدرس دقیق و تلفن فرد واکسینه شده را برای ارتباطات بعدی و پیگیری عرضه ، ثبت کنید. همچنین چنانچه سن کودک کمتر از یکسال است، سن حاملگی (با توجه به عدد ثبت شده ، دور هفته یا ماه را دایره بکشید) و وزن زمان تولد را برحسب گرم درج نمایید.
- ۴- در قسمت مشخصات واکسن، نوع و مشخصات واکسن/ واکسن های دریافتی توسط بیمار را طبق جدول، تکمیل کنید.
- ۵- در قسمت "عوارض مشاهده شده" ، هر یک از عرضه های مشاهده شده در بیمار را در ستون مربوطه با علامت ضربدر مشخص نمایید. بدیهی است علائم سنرومیک (علتی) تنها توسط پزشک چنانچه با توجه به مجموع علائم گزارش شده به تشخیص واحدی رسیدند قسمت علائم سنرومیک را تکمیل نمایید. به عنوان مثال در قسمت علامتی موردی دو علامت از سه علائم کاهش سطح هوشیاری، تشنج ویا تغییر آشکار رفتاری را داشت در قسمت سنرومیک آنفالوپاتی علامت زده شود.
- ۶- در این قسمت چنانچه عرضه منجر به بستری شدن در بیمارستان شده گزینه بلی ودر غیر اینصورت گزینه خیر را علامت بزیند.
- ۷- در قسمت " عاقبت بیمار " اگر عرضه کاملا برطرف شد و حالت بالینی فرد به حالت قبل از تزریق واکسن بازگشت ، گزینه " بهبود " را علامت بزیند.
- اگر حال بیمار تحت درمان ودر جهت بهبودی است و برطرف شدن کامل عرضه زمان می برد ، گزینه "تحت درمان" را علامت بزیند
- اگر بیمار در فاصله ۴ هفته پس از واکسیناسیون ، فوت کرد و هیچ بیماری خاص یا دلیل قابل قبول دیگری برای مرگ وی در دسترس نبودن گزینه "مرگ" را علامت بزیند.
- اگر بیمار در اثر تزریق واکسن، دچار عوارض پایدار (مثلا فلج) گردید ، "عرضه ماندگار" را علامت بزیند.
- اگر دسترسی به بیمار برای تعیین عاقبت عرضه بدلائل مختلف (تغییر مکان و.....) امکانپذیر نشد گزینه " نامعلوم " را علامت بزیند.
- ۷ در قسمت ۷ مشخصات گزارشگر را شامل نام و نام خانوادگی - سمت و شماره تلفن تکمیل فرمائید
- ۸- در قسمت ۸ تاریخ گزارش را تکمیل و امضاء نمائید.
- ۹- قسمت بخش پیگیری در مرکز بهداشت مسئول واحد گزارش دهنده طبق روند گزارشدهی تکمیل گردد.

نحوه تکمیل فرم شماره سه:

- در قسمت ۱- نام دانشکده یا ناشرگاهی که عوارض در آنجا اتفاق افتاده است و نام شهرستان و تاریخ تکمیل فرم بررسی را وارد نمایید . در مقابل نام بررسی کننده، نام پزشک پیگیری کننده عرضه به همراه شماره نظام پزشکی وی ن وارد شود.
- در قسمت شماره تلفن ، شماره ای که سریعترین امکان تماس با پزشک پیگیری کننده را مقدور می سازد، وارد کنید . شماره نمابر و آدرس پزشک پیگیری کننده را نیز یادداشت نمائید.
- در قسمت ۲- (مشخصات مکان تلقیح واکسن)، نام محلی را که تلقیح واکسن مشکوک به ایجاد عرضه در آنجا انجام شده است، نام فرد تزریق کننده واکسن مربوطه ، آدرس و تلفن محل واکسیناسیون را یادداشت نمائید.
- در قسمت ۳ : (مشخصات بیمار)، نام و نام خانوادگی ، نام پدر، تاریخ تولد، (روز، ماه و سال) ، سن ، جنس، ملیت، آدرس و تلفن بیمار را برای مواردی که احتیاج به پیگیری بعدی دارد ، یادداشت نمائید. همچنین چنانچه سن کودک کمتر از یک سال است سن حاملگی (با توجه به عدد ثبت شده دور هفته یا ماه دایره بکشید) و وزن زمان تولد را درج نمایید.
- در قسمت ۴: (مشخصات عرضه)، علائم و نشانه های عرضه را تعیین نمایید ودر شرح حالی که می نویسید (فوکال پوینت AEFI) مشخص کنید که هر کدام از علائم چه مدت به طلل انجامیده و سپس با توجه به مشکلات بیمار ، تشخیص نهایی را در مقابل قسمت ۱۴ وارد نمایید. در قسمت تاریخ انجام واکسیناسیون ، تاریخ دقیق تلقیح واکسن مشکوک به ایجاد عرضه را باقید ساعت ، روز، ماه، سال، وارد کنید . در قسمت تاریخ شروع عرضه ، تاریخی را که اولین علائم و نشانه های عرضه مشاهده شده با ذکر ساعت ن روز، ماه، سال وارد نمائید. در قسمت فاصله زمانی بین انجام واکسیناسیون و شروع عرضه ن مدت زمان بین تزریق واکسن تا بروز نشانه های عرضه را محاسبه کنید. (به عنوان مثال: اگر کودکی در ساعت ۱۰ صبح ن واکسن سیاه سرفه را دریافت کرده ودر ساعت ۸ شب ، دچار گریه بیش از حد و بی قراری شده است ، در مقابل فاصله زمانی ۱۰ ساعت را وارد نمایید، اگر عرضه چند روز یا چند هفته پس از تزریق واکسن ، ایجاد شده در مقابل

موارد فوق ، تعداد دقیق روزها و هفته ها را یادداشت نمایید. در مقابل اقدامات انجام شده به منظور رفع عارضه ، توضیح دهید که مرکز واکسیناسیون ، پس از دریافت گزارش عارضه در اثر واکسن نچه اقداماتی را برای رفع مشکل بیمار ، انجام داده است.

در قسمت ۵ (آیا عارضه منجر به بستری شدن بیمار در بیمارستان شده) ، اگر شدت عارضه به حدی بود که کنترل آن با روشهای معمول و سرپایی ، مقدور نبوده و به ناچار بیمار مدتی (از چند ساعت تا چند روز) در بیمارستان بستری شده است ، گزینه بلی را علامت بزنید و نام بیمارستان ن تاریخ بستری شدن و تعداد روزهای بستری به دلیل عارضه را وارد نمایید . اگر عارضه با اقدامات معمول ، رفع شد و مشکلی بیمار را تهدید نمی کرد ، گزینه خیر را علامت بزنید .

در قسمت ۶: (پیامد عارضه) ، اگر بیمار در اثر عارضه به وجود آمده از تزریق واکسن فوت کرده است ، فوت را علامت زده و تاریخ فوت بیمار را یادداشت نمایید .
- اگر بیمار در اثر تزریق واکسن ، دچار عارضه پایدار (مثلا فلج) گردید ، عارضه ماندگار را علامت بزنید . اگر عارضه پس از مدتی به صورت کامل رفع گردیده است و حال عمومی بیمار ، مشابه زمان قبل از تزریق واکسن شده است ، گزینه بهبود را علامت بزنید . اگر دسترسی به بیمار برای تعیین عاقبت عارضه بدلیل مختلف (تغییر مکان و) امکان پذیر نشد گزینه " نامعلوم " را علامت بزنید . اگر برای بیمار حالتی جدا از موارد فوق به وجود آمده ، سایر موارد را علامت بزنید و در قسمت توضیحات به طور کامل ، تشریح کنید .

در قسمت ۷ (آیا سابقه قبلی عارضه ناشی از واکسن در بیمار یا خواهران و برادران او وجود دارد) ، با توجه به سابقه بیمار و پرونده وی در صورت امکان بررسی نمایید که آیا تا به حال در خانواده فرد ، به عنوان مثال خواهران و برادران وی ، عارضه ناشی از تزریق واکسن دیده شده است یا خیر ؟ اگر چنین عارضه ای وجود داشته باشد نوع عارضه و سن بروز و نوع واکسن و شماره نوبت واکسن را ذکر فرمائید .

در قسمت ۸ (مشخصات واکسن یا واکسن هایی که در روز انجام واکسیناسیون دریافت نموده است) ، نام واکسنی را که مشکوک به ایجاد عارضه است به همراه مشخصات دقیق آن ، از قبیل نام کارخانه سازنده ، شماره سریال ، تاریخ انقضاء واکسن ، ناحیه ای از بدن را که تزریق در آنجا انجام گرفته است (به عنوان مثال عضله بازو یا ران) ، روش تزریق (به عنوان مثال : تزریق جلدی و یا زیر جلدی) ، همچنین تعداد دفعات قبلی که بیمار واکسن مربوطه را دریافت نموده است ، تعیین کنید .

به علاوه مشخصات ذکر شده را برای سایر واکسنهایی که بیمار در روز واکسیناسیون دریافت نموده است در محل تعیین شده ، قید کنید .

در قسمت ۹ واکسن یا واکسن هایی که در فاصله چهار هفته قبل از تزریق واکسن مشکوک به ایجاد عارضه ، دریافت نموده است را به همراه مشخصات این واکسنها از جمله کارخانه سازنده ، شماره سریال و تاریخ انقضاء ، یادداشت کنید .

در قسمت ۱۰ (نحوه نگهداری و تزریق واکسن) به منظور پر کردن این قسمت ، شرایط نگهداری ، حمل و نقل و تزریق واکسن را به دقت بررسی نمایید و سپس مطلوب بودن یا نبودن شرایط را تعیین کنید . مثلا زنجیره سرد واکسیناسیون را بررسی کنید و ببینید که :

- آیا حمل و نقل واکسن توسط اتومبیلهای مناسب و بارعایت کردن درجه حرارت مناسب برای واکسن صورت گرفته است یا خیر ؟
- آیا شرایط نگهداری واکسن ، طبق شرایط تعیین شده برای واکسن مورد نظر هست یا خیر ؟
- آیا در زمان تزریق واکسن از شرایط و تجهیزات استریل مناسب ، از قبیل سرنگ های مناسب استفاده شده است یا خیر ؟
- آیا با توجه به مشخصات حلال در مجموع ، نوع حلال برای تزریق مناسب است یا خیر ؟ در نهایت این دوز تزریق شده به فردی که در اثر تزریق واکسن دچار عارضه شده است ن دوز مناسب و توصیه شده برای واکسن مذکور بوده است یا خیر ؟

در قسمت ۱۱ در مورد وجود گزارش مشابهی از عارضه فوق از همان ویال واکسن در آن شهرستان بررسی و نتیجه را در قسمت خیر یا بلی علامت بزنید و در صورت نیاز توضیح بیشتر مرقوم فرمائید .

در قسمت ۱۲ در مورد وجود گزارش مشابه با عارضه فوق بدون دریافت واکسن در آن شهرستان بررسی و نتیجه را در قسمت خیر یا بلی علامت بزنید و در صورت نیاز توضیح بیشتر مرقوم فرمائید .

در قسمت ۱۳ طبقه بندی ، با توجه به بررسی هایی که در مورد واکسن و عارضه ایجاد شده توسط آن انجام شده است ، عارضه را طبقه بندی نمایید . چنانچه در بررسی مشخص شد ، عارضه ایجاد شده ن ناشی از اشتباهاتی بوده است که در برنامه واکسیناسیون انجام گرفته است مثلا تزریق ، غیر استریل بوده و یا شرایط نگهداری و حمل و نقل واکسن ، مناسب نبوده است عارضه را " خطای برنامه " طبقه بندی کنید . چنانچه واکنش ناشی از ماهیت واکسن مورد استفاده بوده است مثلا واکسن ثلاث تزریق شده و کودک تب کرده است به عبارتی دیگر عارضه دیده شده جزء عوارض شناخته شده و مورد انتظار واکسن تزریق شده است عارضه را " واکنش واکسن " طبقه بندی کنید . چنانچه عارضه مشاهده شده به ایمن سازی مربوط نباشد و به دلیل بیماری فرد در زمان تزریق واکسن یا وجود بیماری زمینه ای ایجاد شده باشد ، عارضه را " همزمانی " طبقه بندی نمایید . چنانچه عارضه حاصله جزء هیچ یک از طبقه بندی های بالا نباشد و به دلایل ناشناخته ایجاد شود ، عارضه را " ناشناخته " طبقه بندی نمایید .

در قسمت ۱۴ با توجه به شرح حال، تشخیص نهایی بیماری توسط پزشک بررسی کننده ، ثبت گردد.
در قسمت ۱۵ نظریه نهایی کمیته شهرستانی AEFI ، در صورتیکه تشخیص نهایی عارضه توسط پزشک بررسی کننده مقدور نباشد، مراتب در کمیته شهرستانی ، مطرح و تصمیم گیری شود.
در قسمت ۱۶ نظریه نهایی کمیته دانشگاهی AEFI ، در صورتیکه تشخیص نهایی کمیته شهرستانی مقدور نگردد ، مراتب در کمیته دانشگاهی مطرح و تصمیم گیری شود.

به خاطر داشته باشیم :

- کارکنان بهداشتی سطوح محیطی ن ممکن است موارد AEFI را به دلایل ذیل گزارش نکنند:
- بی توجهی: به مسئله ارتباط ایمن سازی و پیامد نامطلوب حاصل از آن ، توجه نمی کنند.
 - بی اطلاعی: از مراحل سیستم گزارش دهی ن اطلاعی ندارند.
 - بی علاقهگی: این مسئله برای آنها جالب توجه نیست و به فرم گزارش دهی دقت نکرده اند.
 - ترس: از اینکه گزارش عارضه منجر به توبیخ شود ، می ترسند.
 - احساس تقصیر (مقصر بودن): خود را در بروز این عارضه و پیامد نامطلوب ، مقصر می دانند.
 - عدم اعتماد به نفس : از داشتن ارتباط پیامد نا مطلوب گزارش شده با واکسن زده شده ، مطمئن نیستند.

توجه داشته باشید : در صورت بروز عارضه پس از واکسنهای غیرروتین مانند مننژیت ، هاری و..... این عوارض نیز مشمول گزارش دهی می گردند. لذا مراتب باید به نحو مقتضی ضمن آموزش های لازم به پرسنل بخش دولتی به سایر ارگانهایی که در واکسیناسیون نقش دارند مانند مطب های خصوصی ، بیمارستانهای خصوصی ، ارتش ، سازمان تامین اجتماعی و..... رسانده شود.

اعلام مشخصات زوج های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی ۱

روز..... ماه..... سال..... ۱۳

از مرکز بهداشتی در مانی ویژه مشاوره ی تالاسمی

به : مرکز بهداشت شهرستان.....

سلام علیکم

به این وسیله زوج با مشخصات زیر جهت مراقبت برابر دستور العمل و فلوجارت مربوط معرفی می شوند.

نشانی محل سکونت تلفن تماس	نتیجه آزمایشهای تکمیلی در زوج های مشکوک نهایی		نتیجه آزمایشهای تالاسمی		نوع استراتژی	نام پدر مرد/زن	نام و نام خانوادگی مرد/ زن
	آزمایش تالاسمی	آزمایش تالاسمی	مشکوک نهایی	سالم ناقل (مینور)			

با توجه به وضعیت زوج اقدامهای زیر توصیه می شود (بدیهی است در صورت تغییر وضعیت زوج بر اساس فلوجارت مراقبت اقدام شود).

آموزش و ترغیب زوج مشکوک نهایی جهت استفاده از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص، کاندوم، IUD و....) و پیگیری جهت انجام

آزمایشات تکمیلی (در صورت وقوع بارداری قبل از انجام آزمایشهای تکمیلی ، زوج ها فوراً به این مرکز ارجاع شوند).

آموزش و ترغیب زوج ناقل تالاسمی جهت استفاده از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص، کاندوم، IUD و....) و پیگیری جهت انجام مرحله

اول PND . (در صورت بارداری قبل از انجام مرحله اول PND ، زوج ها فوراً به این مرکز ارجاع داده شوند).

مراقبت از زوج و ارجاع جهت انجام مرحله دوم PND حدود هفته ۱۰ بارداری (زوج هایی که مرحله اول PND را انجام داده اند).

۱- زوج هایی که یکی از آنها سالم ناقل (مینور) و دیگری مشکوک نهایی تشخیص داده شود نیز در گروه زوج های مشکوک نهایی طبقه بندی

می شوند و پیگیری های لازم جهت انجام آزمایشهای تکمیلی در فردی که مشکوک نهایی تشخیص داده شده باید انجام گیرد.

سه

گزارش مراقبت ویژه زوج های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی ، نوزادان متولد شده و عملکرد استراتژی سوم
 ماه... سال... ۱۳

از مرکز: بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

از : خانه ی بهداشت / پایگاه بهداشتی.....

به: مرکز بهداشت شهرستان.....

به: مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

الف) مراقبت

۷		۶		۵		۴				۳		۲	۱	
نتیجه بارداری تعداد جنین یا نوزاد ذکر شود)		اقدام به تشخیص پیش از تولد PND		انجام آزمایشهای تکمیلی		وضعیت مراقبت				وضعیت زوج ها		نام ونام خانوادگی شش ساله زن	رتبف	
سقط به دلیل	تولد نوزاد موده سایر دلایل	تولد نوزاد زنده سایر موارد سالم یا سالم ناقل	مرحله اول	بلی	قطع پیگیری ی به دلیل:	واجد شرایط و تحت مراقبت		مشکو ک نهایی	ناقل تالاسمی	عدم اقدام به پیگیری از بارداری به دلیل:	اقدام به پیگیری از بارداری استفاده از:			
						خیر یا ذکر دلیل	خیر یا ذکر دلیل				سایر موارد سالم یا سالم ناقل	بنا تالاسمی ماژور	سایر موارد سالم یا سالم ناقل	بنا تالاسمی ماژور	روش مطمئن بازکر وسیله پیگیری از بارداری	روش غیر مطمئن شروع آن	استراتژی سوم	استراتژی اول	استراتژی سوم	استراتژی اول
														۱
														۲
														۳
														۴
														۵

استفاده از جدول مهاجرت در پشت فرم : بلی خیر استفاده از جدول عملکرد استراتژی سوم در پشت فرم: بلی خیر (توجه : مشخصات تکمیل کننده ی فرم و تاریخ تکمیل در پشت صفحه نیز ثبت شود).

نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم : سمت: تاریخ: امضاء:

۱۰۳

+

+

ب) مهاجرت

ردیف	۲ نام ونام خانوادگی		۳ تاریخ مهاجرت	۴ نشانی محل سکونت و تلفن تماس
	مرد	زن		
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

ج) عملکرد استراتژی سوم (زنان شوهر دار کمتر از ۴۰ سال ، ازدواجی قبل از سال ۱۳۷۶ ، واجد شرایط بارداری که تمایل به بارداری داشته و یا در هفته های اول بارداری (قبل از ۱۶ هفتگی) هستند).

۱	۲	۳	۴
تعداد کل زنان واجد شرایط بررسی تحت پوشش براساس استراتژی سوم	تعداد کل زنان واجد شرایط که به پزشک ارجاع شدند	تعداد کل مردانی که براساس نتیجه ی آزمایش همسر به پزشک ارجاع شدند	تعداد زوج هایی که با توجه به نتایج آزمایش ها به مرکز بهداشتی درمانی ویژه ی مشاوره تالاسمی ارجاع شدند

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	سمت:	تاریخ:	امضاء
	۱۰۴		
	+		

این فرم جهت گزارش فعالیت مرکز بهداشتی در مانی ویژه مشاوره ی تالاسمی (دفاتر مربوط به هر سه استراتژی) تهیه شده است و توسط تیم مشاوره در پایان هر فصل تکمیل و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. مرکز بهداشت شهرستان نیز فرم مذکور را به معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده ارسال می کند و در نهایت معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می کند. گزارش از سطح مرکز بهداشت شهرستان به سطوح بالاتر (از طریق رایانه و برنامه ی نرم افزاری که در ادامه از سال خواهد شد انجام می شود.

قسمت بالای فرم با توجه به واحد گزارش دهنده و دریافت کننده گزارش تکمیل می شود، در اولین کادر بالای فرم تعداد کل زوج های متقاضی ازدواج مراجعه کننده به آزمایشگاه در استراتژی اول از آزمایشگاه مربوط اخذ و نوشته می شود. سپس تعداد کل مراجعه کنندگان به تیم مشاوره از استراتژی های اول، دوم و سوم (براساس دفاتر مربوط نوشته می شود).

توجه: در پایان هر فصل مشخصات زوج ها با ویژگیهای زیر از دفاتر استراتژی اول، دوم و سوم استخراج و در فرم شماره ۴ ثبت می شود. استراتژی اول: افراد متقاضی ازدواج که آزمایشها و اقدامهای لازم را بر اساس الگوریتم کشوری انجام داده و به عنوان زوج ناقل ویا زوج مشکوک نهایی شناخته شده اند، اعم از اینکه از ازدواج منصرف شده اند یا گواهی ازدواج دریافت کرده اند ویا پس از گذشت سه ماه از شناسایی اولیه جهت پیگیری های بعدی مراجعه نکرده اند، در فرم شماره ۴ تکمیل و گزارش می شوند.

استراتژی دوم: تمام والدین بیماران تالاسمی مراجعه کننده به تیم مشاوره که جهت مراقبت ارجاع شده اند علاوه بر تکمیل فرم شماره ۵ در فرم شماره ۴ هم گزارش می شوند، ولی برای والدین بیمارانی که شرایط بارداری/باروری ندارند، فقط فرم شماره ۵ تکمیل شده در فرم شماره ۴ گزارش نمی شوند. استراتژی سوم: تمام زوج های که مراحل آزمایشهای تالاسمی و اقدام های لازم را بر اساس الگوریتم کشوری انجام داده و به عنوان زوج ناقل ویا زوج مشکوک نهایی شناخته شده اند، علاوه بر تکمیل فرم شماره ۵ باید در فرم شماره ۴ هم گزارش شوند. زوج هایی که قبل از اتمام آزمایشها جهت پیگیری بعدی طی سه ماه گذشته مراجعه نکنند، در فرم شماره ۴ گزارش می شوند تا امکان پیگیری از طریق مرکز بهداشت شهرستان فراهم شود.

تفاوت گزارش عدم مراجعه بیش از سه ماه در استراتژی اول و سوم عبارت است از:

- عدم مراجعه در استراتژی اول به پیگیری توسط مرکز بهداشت شهرستان نیاز ندارد
- عدم مراجعه در استراتژی سوم به پیگیری توسط مرکز بهداشت شهرستان نیاز دارد. این پیگیری به صورت تلفنی ویا مکاتبه اداری و با مشارکت مراکز بهداشتی درمانی مربوط انجام می شود و نیازی به گزارش به معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده همکار مدد نیست.

ستون ۱ ردیف: به ترتیب از یک تا آخر شماره گذاری می شود. ستون های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ بر اساس دستور العمل دفاتر مربوط تکمیل می شود. تذکر ۱: مشخصات زوج ها به طور دقیق و بر اساس شناسنامه تکمیل می شود. در ضمن شماره ملی یا شماره شناسنامه در زیر نام و نام خانوادگی هر یک از زوج ها نوشته شود.

تذکر ۲: ثبت همه تاریخ ها به صورت روز^۱ ماه و سال نوشته شود. ستون ۸ (طبقه بندی نهایی ویژه ی S1 و S2): با توجه به نتیجه آزمایش ها و اقدام های انجام شده، در یکی از ستون های «زوج ناقل تالاسمی» یا «زوج مشکوک نهایی» علامت ضربدر گذاشته می شود.

در صورتی که یکی از زوج ها سالم ناقل (مینور) تشخیص داده شود و دیگری مشکوک نهایی، هر دو تحت عنوان زوج های مشکوک نهایی طبقه بندی شده و در ستون مربوط علامت ضربدر زده می شود.

ستون ۹ (نتیجه مشاوره ویژه تالاسمی با ذکر تاریخ): نتیجه مشاوره با ذکر تاریخ و با توجه به نوع استراتژی در یکی از ستون های «انصراف»، «ازدواج»، «عدم مراجعه بیش از سه ماه» و «ارجاع جهت مراقبت علامت ضربدر زده می شود.

ستون ۱۰ (شهرستان محل سکونت): در این ستون فقط نام شهرستان محل سکونت فعلی هر یک از زوج های ناقل درج می شود، بدیهی است در خصوص محل سکونت زوج های استراتژی دوم و سوم فقط نام یک شهرستان نوشته می شود.

راهنمای تکمیل فرم شماره ۵ (اعلام مشخصات زوج های ناقل تالاسمی /مشکوک نهایی)

این فرم پس از انجام مشاوره ویژه ی تالاسمی برای هر زوج ناقل شناسایی شده از هر سه استراتژی (ناقل تالاسمی یا مشکوک نهایی)، توسط کارشناس /کاردان تیم مشاوره ویژه ی تالاسمی تکمیل و پس از امضای پزشک مشاوره ویژه ی تالاسمی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد . کارشناس برنامه تالاسمی در مرکز بهداشت شهرستان با توجه به نشانی زوج ها و پس از امضای رئیس مرکز بهداشت و ثبت در دبیرخانه این مرکز ، فرم را به مرکز /مراکز بهداشتی درمانی مربوط ارسال می کند و پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی با توجه به محل سکونت زوج اصل فرم را به پایگاه بهداشتی یا خانه بهداشت مربوط ارجاع می دهد. پس از آن واحد بهداشتی دریافت کننده فرم ، اقدام های بعدی را براساس نوع مراقبت و پیگیری های تعیین شده انجام خواهد داد.

تذکر: یک برگ تصویر فرم باید توسط کارشناس برنامه تالاسمی در مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود.

تاریخ تکمیل فرم ، به تفکیک روز/ماه/سال در قسمت مربوط درج می شود . نام مرکز بهداشت شهرستان دریافت کننده فرم و نام مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی ارسال کننده فرم در قسمت های مربوط نوشته می شود.

مشخصات زوج شامل نام و نام خانوادگی همراه با شماره شناسنامه با شماره ملی ، نام پدر، نوع استراتژی ، نتیجه آزمایشهای تالاسمی و نشانی دقیق محل سکونت (براساس ثبت در دفاتر مربوط به هر یک از استراتژی ها) درج می شود.

نوع اقدام(مراقبت و پیگیری مورد نیاز) در مربع کنار هر اقدام با علامت ضربدر مشخص می شود.

توجه:

۱- ممکن است برای برخی از زوج ها بیش از یک اقدام توصیه شود . اقدام یا اقدام های توصیه شده مربوط به زمان مشاوره و با توجه به وضعیت فعلی زوج ها است، بدیهی است در صورت تغییر وضعیت زوج ها مثل « تمایل به استفاده از روش های مطمئن دائمی پیشگیری از بارداری » و یا « انجام زایمان » ، باید با توجه به وضعیت جدید زوج ها و بر اساس فلوجارت مراقبت اقدام نمود .

۲- با توجه به ضرورت پیگیری زوج های مشکوک نهایی توسط سیستم مراقبت ، این زوج ها باید به تیم مشاوره ارجاع شوند. تیم مشاوره پس از انجام آزمایش های تکمیلی ، در ستون مربوط تاریخ آزمایش مجدد و نتیجه آن را درج می کند . چنانچه زوج ، هردو ناقل تالاسمی تشخیص داده شوند ، نحوه مراقبت از آنها در همین فرم تعیین و جهت اقدام بعدی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود . ولی اگر در آزمایش های تکمیلی مشخص شد که یک یا هردو زوج ، ناقل تالاسمی نیستند در مربع قطع پیگیری به دلیل اینکه یک یا هردو زوج ناقل تالاسمی نیستند علامت ضربدر زده می شود . این فرم به مرکز بهداشت شهرستان و از آن طریق به مرکز بهداشتی درمانی مربوط ارسال می شود.

چنانچه یک یا هردو زوج ساکن شهرستان دیگری باشند ، باید فرم شماره ۵ از طریق مکاتبه اداری به

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده ارسال شود

راهنمای تکمیل فرم شماره ۶ (گزارش مراقبت ویژه زوج های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی ، نوزادان متولد شده و عملکرد استراتژی سوم):
مراقبت از زوج های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی بر اساس فلوجارت و دستورالعمل مربوط انجام می شود و پیگیری های لازم به صورت ماهانه توسط کارکنان بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری / پایگاه بهداشتی / خانگی بهداشت انجام شده و گزارش آن هر سه ماه یک بار (براساس آخرین وضعیت زوج ها در ماه آخر سه ماهه مورد نظر) به سطح بالاتر اعلام می شود .

این فرم در دونسخه تکمیل شده و یک نسخه از آن به سطح بالاتر ارسال و نسخه ی دیگر در واحد بهداشتی بایگانی می شود.
ضمن نظارت بر صحت تکمیل فرم باید نسبت به جمع بندی و ارسال آن در فرم شماره ی ۶ (یک جا و باهم) اقدام نمود.

قسمت بالای فرم با توجه به واحد گزارش دهنده و دریافت کننده گزارش تکمیل شده ، فصل و سال گزارش ثبت می شود.

این فرم شامل سه قسمت ، الف) مراقبت، ب) مهاجرت و ج) عملکرد استراتژی سوم است قسمت الف در روی فرم و قسمتهای ب و ج در پشت فرم قرار دارد .
الف): مراقبت

ستون ۱ (ردیف) به ترتیب از یک تا آخر شماره گذاری می شود.

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): نام و نام خانوادگی زن نوشته می شود .

تذکر: نام و نام خانوادگی ، شماره شناسنامه یا شماره ملی باید به طور دقیق براساس شناسنامه تکمیل شود.

ستون ۳ (وضعیت زوج ها با ذکر نوع استراتژی): وضعیت زوج ها از نظر « زوج ناقل تالاسمی» و یا « زوج مشکوک نهایی» بودن و نوع استراتژی (اول، دوم و سوم) در ستون مربوط علامت ضربدر گذاشته می شود.

ستون ۴ (وضعیت مراقبت): این ستون به دو ستون واجد شرایط بارداری و تحت مراقبت « ور قطع پیگیری » تقسیم می شود.

ستون « واجد شرایط و تحت مراقبت مربوط به زوج هایی است که با توجه به فلوجارت و دستورالعمل مربوط ، به مراقبت و پیگیری های بعدی نیاز دارند . این ستون به دو ستون «اقدام به پیگیری از بارداری با استفاده از:» و «عدم اقدام به پیگیری از بارداری به دلیل» تقسیم می شود . با توجه به استفاده زوج ها از یکی از روش های مطمئن و یا یکی از روش های نامطمئن پیگیری از بارداری در ستون وردیف مربوط نام وسیله یا روش درج شود. در ستون « عدم اقدام به پیگیری از بارداری به دلیل:» با توجه به علت، یکی از ستون های « بارداری با ذکر تاریخ شروع بارداری » (تاریخ شروع بارداری بر اساس DMP یا اولین روز آخرین قاعدگی) محاسبه و درج می شود و ستون « سایر دلایل با ذکر مورد» مواردی مثل غیبت شوهر ، تمایل به بچه دار شدن، عدم همکاری و..... نوشته می شود.

ستون « قطع پیگیری به دلیل» به دو ستون ر مهاجرت « و سایر با ذکر دلیل » تقسیم می شود . در صورت مهاجرت در ستون « مهاجرت » علامت ضربدر گذاشته و جدول ب در پشت فرم تکمیل می شود. چنانچه بر اساس فلو چارت مراقبت و دستورالعمل مربوط نیازی به پیگیری های بعدی نباشد ، علت قطع پیگیری در این ستون با ذکر دلیل ۰ مثل : نازایی ، یا ئسگی ، طلاق، فوت یکی از زوج ها ، وازکتومی ، TL و زوج ناقل نبودن) نوشته می شود.

افرادی که وضعیت آنها از مراقبت فعال تبدیل به قطع پیگیری شود ، در همان سه ماهه مذکور گزارش می شوند. و نیاز به گزارش آن در سه ماهه های بعدی نیست . بنابر این وضعیت هر زوجی که به قطع پیگیری منتهی شود ن فقط یک بار گزارش می شود .

تذکر : هر سطح فقط موارد مهاجرت به خارج از منطقه تحت پوشش خود را اعلام می کند ، برای مثال مرکز بهداشت شهرستان پس از دریافت فرم شماره ۶ از مراکز بهداشتی در مانی تابع ، مهاجرت هایی را که از منطقه تحت پوشش یک مرکز به منطقه تحت پوشش مرکز دیگر در همان شهرستان اتفاق افتاده جهت پیگیری به مرکز بهداشتی در مانی مربوط (با استفاده از جدول مهاجرت فرم شماره ۶) اعلام می کند . اینگونه مهاجرت ها به معاونت بهداشتی مربوط گزارش نمی شود و مرکز بهداشت شهرستان با توجه به گزارش سه ماهه قبلی ن گزارش این سه ماه را تنظیم می کند . در گزارش سه ماهه بعدی ن مرکز بهداشتی درمانی که زوج ها به منطقه تحت پوشش آن مرکز مهاجرت کرده اند ، آخرین وضعیت مراقبت آنها را گزارش می دهد.

چنانچه مهاجرت از شهرستانی به شهرستان دیگر (تحت پوشش همان دانشگاهها سایر دانشگاه های علوم پزشکی ۹ باشند باید به معاونت بهداشتی دانشگاه مربوط اعلام شود تا از آن طریق به شهرستان / دانشگاه / دانشکده مقصد ارسال شود(سوابق در صورت موجود بودن باید به معاونت بهداشتی ارسال شسود).

ستون ۵ (انجام آزمایش های تکمیلی):انجام آزمایشهای تکمیلی مربوط به زوج های مشکوک نهایی از استراتژی های اول و سوم است و در صورت انجام آزمایش تاریخ ونتیجه آن (زوج ناقل تالاسمی /نیاز به پیگیری بعدی نیست) اعلام شده و در صورتی که هنوز آزمایش های تکمیلی انجام نشده باشد ، علت آن مختصر نوشته می شود.

ستون ۶ (اقدام به تشخیص پیش از تولد PND): در صورت مراجعه زوج ها برای انجام هریک از مرحله های PND (اول یا دوم) ، این ستون تکمیل شده و پس از انجام آزمایش ، فقط تاریخ آن درستون مرحله اول ثبت می شود . در صورت عدم انجام نیز علت آن نوشته می شود .
چنانچه بارداری صورت گرفته باشد ، ستون مرحله دوم (برای هر بارداری) تکمیل می شود . در این صورت تعداد جنین با توجه به نتیجه بررسی آن (بتا تالاسمیماژوروسایر موارد شامل سالم وسالم ناقل) در ستون وردیف مربوط علامت ضربدر زده می شود و در صورت عدم اقدام برای مرحله دوم ، علت آن (مختصر) درج شود.

توجه: ممکن است زوجی مرحله اول PND را قبلا انجام نداده و باردار باشد، در این صورت پس از ارجاع فوری به مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی (آزمایش های مرحله اول و دوم به طور همزمان انجام می شود)، تاریخ انجام آزمایش درستون های مرحله اول و دوم نوشته می شود .
ستون ۷ (نتیجه بارداری): در ستون اول تعداد تولد نوزاد زنده نوشته می شود و در صورت سقط تعداد جنین سقط شده با ذکر علت (سقط به دلیل تالاسمی ماژور ، سقط خود به خود و....) نوشته می شود . در صورت مرده زایی تعداد تولد نوزاد مرده درستون وردیف مربوط نوشته می شود .
توجه به ندرت ممکن است در برخی از بارداری ها ، با توجه به تعدا قل ها ، دو ستون از ستون های ۶ و ۷ تکمیل شود (مثلا یکی سالم و دیگری ماژور) .
(ب) مهاجرت

این جدول در صورت مهاجرت زوج ها با توجه به توضیحات داده شده تکمیل می شود و در سه ماهه بعد مشخصات زوج مهاجرت کرده گزارش نمی شود .
ستون ۱ (ردیف) : به ترتیب از یک تا آخر شماره گذاری می شود.

ستون ۲ (نام و نام خانوادگی): مشخصات زوج های ناقل تالاسمی (هر دو نفر) نوشته می شود .

ستون ۳ (تاریخ مهاجرت): در این ستون تاریخ مهاجرت زوج های ناقل تالاسمی نوشته می شود.

ستون ۴ (نشانی محل سکونت و تلفن تماس زوج به طور کامل ثبت شود.

تذکر مهم: مرکز بهداشت شهرستان به هنگام ارسال فرم شماره ۶، فقط مهاجرت هایی را که خارج از شهرستان خود بوده است به معاونت بهداشتی دانشگاه دانشگاه مربوط اعلام می نماید.

(ج) عملکرد اجرای استراتژی سوم

این قسمت فقط توسط دانشگاه/ دانشکده هایی که مجری استراتژی سوم هستند تکمیل می شود .

ستون ۱: تعداد کل زنان واجد شرایط بررسی که تحت پوشش واحد بهداشتی هستند در این ستون نوشته می شود.

ستون ۲: در این ستون تعداد زنان واجد شرایط که جهت بررسی به پزشک ارجاع شده اند نوشته می شود.

ستون ۳: در این ستون تعداد مردانی که جهت آزمایش CBC ارجاع شده اند نوشته می شود .

ستون ۴: در این ستون تعداد زوج هایی که با توجه به نتایج آزمایش ها به مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره تالاسمی ارجاع شده اند ثبت می شود .

اطلاعات مورد نیاز جهت تکمیل این جدول از فرم شماره ۷ قابل استخراج است.

مرکز بهداشت شهرستان.....

دفتر غربالگری و بیمار یابی دیابت بارداری

سال.....۱۳

مرکز بهداشتی درمانی : شهری / روستایی

مرکز بهداشتی درمانی:.....

پایگاه بهداشتی / کلینیک بهداشتی:.....

خانه بهداشت:.....

جمعیت تحت پوشش:.....

تعداد زنان باردار تحت پوشش سال قبل:.....

فرم غربالگری وییماری دباب

فرم شماره ۱

مرکز بهداشتی درمانی:

شهری روستایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

خانه بهداشت:

مرکز بهداشت شهرستان

روستا:

اصلی قمر

سال:

نتیجه غربالگری																				
۲۱. بدون فاکتور خطر																				
۲۰. در معرض خطر																				
۱۹. بیمار قبلی																				
۱۸. سابقه ناهنجاری جنینی در حاملگی های قبلی																				
۱۷. سابقه تولد فرزند ۴ کیلوگرم و بیشتر																				
۱۶. سابقه مرده زایی																				
۱۵. سابقه سقط خود بخودی دو نوبت یا بیشتر																				
۱۴. سابقه دیابت بارداری در حاملگی های قبلی																				
۱۳. سابقه فشار خون بالا																				
۱۲. سابقه خانوادگی دیابت																				
۱۱. سابقه قبلی دیابت																				
BMI.۱۰																				
۹. وزن بر حسب کیلوگرم																				
۸. قد بر حسب سانتی متر																				
۷. چندمین بارداری																				
۶. سن حاملگی به هفته در زمان مراجعه																				
۵. سن به سال																				
۴. تاریخ مراجعه																				
۳. کد ملی / شماره شناسنامه																				
۲. نام و نام خانوادگی																				
۱. ردیف																				

بارداری (فرم شماره یک)

بهداشتی درمانی

جمعیت تحت پوشش :

تعداد زنان باردار تحت پوشش :

آدرس و تلفن	اطلاعات زایمان										نتیجه آزمایش بیمار			زمان انجام آزمایش بر حسب سن حاملگی (به هفته) با ذکر مقادیر آزمایشات											
	نتیجه آزمایش بیمار یابی شش هفته پس از زایمان با ذکر اعداد قند خون		عوارض زایمانی مادر		نتیجه زایمان					نوع زایمان		سن زایمان بر حسب هفته	یابی												
	بیمار	پره دیابتیک	خونریزی زایمانی	زایمان سخت	مرده زائی	سقط	نوزاد دارای ناهنجاری			سزارین	طبیعی														
۴۵ . آدرس و تلفن	بیمار . ۴۴	پره دیابتیک . ۴۳	سالم . ۴۲	خونریزی زایمانی . ۴۱	زایمان سخت . ۴۰	مرده زائی . ۳۹	سقط . ۳۸	سایر . ۳۷	نفاذ لوله عصبی . ۳۶	نفاذ مادر . ۳۵	زادی قلب . ۳۴	نوزاد سالم	وزن نوزاد به گرم . ۳۳	سزارین . ۳۲	طبیعی . ۳۱	سن زایمان بر حسب هفته . ۳۰	بیمار (دیابتیک) . ۲۹	دیابت بارداری (GDM) . ۲۸	سالم . ۲۷	OGTT بار دوم . ۲۶	OGTT بار اول . ۲۵	GCT بار دوم . ۲۴	GCT بار اول . ۲۳	FBS . ۲۲	

فرم گزارش دهی برنامه غربالگری دیابت بارداری (GDM)

شبکه / مرکز بهداشت شهرستان :

نام مرکز بهداشتی درمانی :

فصل : سال :

نام خانه بهداشت :

جمعیت زیر یکسال :

۱. گروه سنی	۲. تعداد زنان باردار غربالگری شده	نتیجه بیماریابی			۳. تعداد زنان باردار دارای سابقه قبلی دیابت
		۴. سالم	۵. دیابت بارداری	۶. بیمار (دیابتیک)	
۱۰-۱۴					
۱۵-۱۹					
۲۰-۲۴					
۲۵-۲۹					
۳۰-۳۴					
۳۵-۳۹					
۴۰-۴۴					
۴۵-۴۹					
۵۰-۵۴					
کل					

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده :

نام و نام خانوادگی تأیید کننده :

توضیح : ۱- جمعیت زیر یکسال بر اساس اطلاعات زیج حیاتی سال جاری تکمیل و در تمام آمارهای فصلی تکرار می شود.

۲- جمع ستون های ۳، ۴، ۵ و ۶ باید با ستون ۲ برابر باشد.

۳- منظور از بیمار دیابتیک (ستون ۶) زن بارداری است که سابقه دیابت ندارد و با انجام تست FBS بیماری او مشخص گردیده است.

فرم شماره ۵

فرم گزارش دهی مراقبت از بیماران دیابتی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 مرکز بهداشت شهرستان:

تعداد مراکز بهداشتی در مانی:

تعداد خانه های بهداشت:

نام خانه بهداشت / مرکز بهداشتی در مانی: شش ماه سال محدودده طبیعی HbA1c = ()

تعداد بیماران	تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک طبق دستور العمل	۳. فشار خون بیشتر از ۱۳۰/۸۵	۴. BMI < 25	۵. BMI 25-29/9	۶. BMI >= 30	۷. قند خون ناشتا کمتر از ۱۲۰	۸. قند خون ناشتا ۱۲۰ تا ۱۴۰	۹. قند خون ناشتا بیش از ۱۴۰	۱۰. قند خون ۲ ساعته کمتر از ۱۴۰	۱۱. قند خون ۲ ساعته ۱۴۰ تا ۱۶۰	۱۲. قند خون ۲ ساعته بیش از ۱۶۰	۱۳. HbA1c در محدوده طبیعی (کمتر از ۷٪)	۱۴. HbA1c (۷٪ یا بیشتر)	۱۵. تعداد مبتلایان به عوارض (جدید)
☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹	☺ ☹

فرم نمونه گیری (برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و فنیل کتونوری)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:..... مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی..... خانه بهداشت / پایگاه بهداشت / بیمارستان کد مرکز نمونه گیری

نام خانوادگی نوزاد:	نام پدر:	نام مادر:	جنس: <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر	تاریخ تولد نوزاد:...../...../.....
سن نوزاد به روز در زمان نمونه گیری:	وزن نوزاد به گرم:	سن مادر به سال:	نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>	
نسبت فامیلی والدین <input type="checkbox"/> غیر فامیل <input type="checkbox"/> درجه ۳ شامل دختر و پسر (عمه ، عمو، دایی وخاله) <input type="checkbox"/> درجه ۴ و بیشتر شامل نوه(عمو، عمه، دایی، خاله وسایر نسبت های فامیلی)				
نوبت نمونه گیری	<input type="checkbox"/> اول	آیا نیاز به نمونه مجدد TSH دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله ، به علت کد*:	آیا نیاز به نمونه مجدد PKU دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله : به علت کد*:	
	<input type="checkbox"/> دوم	TSH به علت کد*:	PKU به علت کد*:	
منطقه محل سکونت والدین : شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>		آدرس دقیق محل سکونت والدین:		
شماره خانوار:		تلفن های تماس والدین: (۱) (۲)		
شماره تلفن محل نمونه گیری:		نام ونام خانوادگی نمونه گیر :		
		تاریخ نمونه گیری:...../...../..... امضاء:		

*شماره های ۱-۹ مربوط به نمونه مجدد TSH و شماره های ۱۰،۹،۱ و ۱۱ مربوط به نمونه مجدد PKU می باشد.

(۱) نمونه مناسب: (۲) TSH=5-9.9 (۳) نوزاد نارس (کمتر از ۳۷ هفته سن حاملگی) (۴) نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم (۵) نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم (ماکروزم)

(۶) دو یا چند قلوبی (۷) بستری در بیمارستان و یا سابقه آن (۸) نوزاد با سابقه دریافت یا تعویض خون (۹) نوزادی که داروهای خاص (مثل دوپامین، کورتین و....) دریافت می نماید

(۱۰) دیالیز (۱۱) عدم تغذیه خوراکی یا ورودی با مواد دارای پروتئین ، حداقل ۴۸ ساعت قبل از تست غربالگری(مثل NPO شدن)

گزارش دهی (برنامه کشوری غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان و فنیل کتونوری)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان: نام مرکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی: خانه بهداشت / پایگاه بهداشتی / بیمارستان سال ماه / فصل:

سن نوزاد به روز در زمان شروع درمان		تشخیص نهایی		نوبت دوم										نوبت اول					تعداد نوزادان غربالگری شده	کل																																		
				نتایج TSH		نتایج PKU		سن نوزاد به روز در زمان دریافت نتایج		تعداد نمونه مجدداً PKU		تعداد نمونه مجدداً TSH		نتایج TSH		نتایج PKU		سن نوزاد به روز در زمان دریافت نتایج			سن نوزاد به روز در زمان نمونه گیری																																	
فنیل کتونوری	هیپوتیروئیدی	فنیل کتونوری	هیپوتیروئیدی	فنیل کتونوری	هیپوتیروئیدی	نتایج PKU	نتایج TSH	سن نوزاد به روز در زمان دریافت نتایج	تعداد نمونه مجدداً PKU	تعداد نمونه مجدداً TSH	نتایج TSH	نتایج PKU	سن نوزاد به روز در زمان دریافت نتایج	سن نوزاد به روز در زمان نمونه گیری	کل	پسر	دختر																																					
>29	15-28	<14	>41	28-40	<28	عدم	بیمار	سلام	عدم	سلام	>29	15-28	<14	>29	22-28	<21	>10	7-9/9	4-6/9	<4	>20	10-19/9	4-9/9	<4	>22	15-21	<14	>22	14-21	<13	>10	7-9/9	4-6/9	<4	>20	10-19/9	5-9/9	<5	>22	14-21	<13	>22	6-21	3-5	کل	پسر	دختر							
																	تعداد نمونه های مجدد TSH به تفکیک علت*		نمونه نامناسب =		دوقلو یا چندقلویی =		TSH=5-9.9 =		نوزاد نارس =		نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰گرم =		نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰گرم =		تعداد نمونه های مجدد PKU به تفکیک علت		نمونه نامناسب =		سابقه بستری در بیمارستان =		سابقه دریافت یا تعویض خون =		سابقه مصرف داروهای خاص		عدم تغذیه خوراکی ۴۸ ساعت قبل =		نام و نام خانوادگی گزارشگر:		تاریخ:/...../.....		امضاء:		نام و نام خانوادگی تأیید کننده:		تاریخ:/...../.....		امضاء:	

*در صورتی که بیش از یک علت برای نمونه گیری مجدد TSH وجود دارد، مهمترین علت به ترتیب اولویت ثبت شود

مراقبت بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید مادرزادی

نام و نام خانوادگی نوزاد:	نام پدر:	نام و محل نمونه گیری	شماره خانوار:
نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>	وزن زمان تولد (گرم)	جنس: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد نوزاد: .../.../...
غلظت TSH اولیه «بر کاغذ فیلتر» = بار اول: <input type="checkbox"/> بار دوم: <input type="checkbox"/>	آیا والدین نسبت فامیلی دارند؟: خیر <input type="checkbox"/> درجه ۳ <input type="checkbox"/> درجه ۴ و بیشتر <input type="checkbox"/>	منطقه سکونت والدین: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>	وجود بیماریهای تیروئیدی در فامیل درجه یک: مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> واهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> بیچکدام <input type="checkbox"/>
ابتلا به ناهنجاریهای مادرزادی: ند <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> قلبی-عروقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	تاریخ و نتیجه آزمایش های تأیید تشخیصی: T4= Free4= TSH= T3RU=	سن نوزاد در زمان شروع درمان بر حسب روز:	اولین دوز لووتیروکسین تجویز شده:
نتیجه اسکن تیروئید: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/>	نتیجه سونوگرافی تیروئید: طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/>	نام و نام خانوادگی پزشک شروع کننده درمان:	نام و نام خانوادگی مشاور علمی برنامه در شهرستان:

آدرس و شماره تلفن:

جدول مراقبت بیماران

نام و نام خانوادگی گزارشگر	دستورات پزشک و دوز دارو	وزن (kg)	قد به cm	T3eu	T4 یا T4.F	TSH	تاریخ	زمان انجام
							۱۳ / /	۶ ماهه اول زندگی
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	از ۱۲ تا ۱۳ ماهگی
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	از ۱۳ تا ۲۶ ماهگی
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	
							۱۳ / /	

نتیجه نهایی: نوع گذاری بیماری نوع دائمی بیماری مهاجرت قطع آزمایشی (تاریخ قطع درمان / / ۱۳) نامعلوم مرگ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید صدوقی یزد	
شبکه / مرکز بهداشت شهرستان : نام محل نمونه گیری:	
نام و نام خانوادگی نوزاد:	نام پدر:
جنس نوزاد: دختر <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد نوزاد: .../.../...
سن مادر به سال:	نوع زایمان: طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>
وزن زمان تولد: (گرم)	قد زمان تولد: (سانتی متر)
زمان انجام غربالگری بر حسب سن نوزاد به روز: بار اول: بار دوم:	
غلظت TSH اولیه (بر کاغذ فیلتر) = بار اول: بار دوم:	
آیا والدین نسبت فامیلی دارند؟: خیر <input type="checkbox"/> درجه ۳ <input type="checkbox"/> درجه ۴ و بیشتر <input type="checkbox"/>	
منطقه سکونت والدین: شهری: <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>	
وجود بیماری های تیروئیدی در فامیل / وجود بیماریهای تیروئیدی در فامیل درجه یک: مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/>	
ابتلا به ناهنجاریهای مادرزادی: ندارد <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> قلبی - عروقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
تاریخ ونتیجه آزمایش های تأیید تشخیص:	
T4=	FreeT4=
T3RU=	TSH=
تاریخ شروع درمان:	سن نوزاد در زمان شروع درمان بر حسب روز:
اولین دوز لووتیروکسین تجویز شده:	
نتیجه اسکن تیروئید:	نتیجه سونوگرافی تیروئید:
طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی پزشک شروع کننده درمان:	
نام و نام خانوادگی مشاور علمی برنامه در شهرستان:	

که با انجام غربالگری نوزادان و همکاری با درمان فرزند دلبندتان، سلامت را به وی هدیه داده و از بروز عقب ماندگی ذهنی و دیگر عوارض بیماری کم کاری تیروئید در وی پیشگیری می کنید.

برای دست یابی به کنترل متابولیک مطلوب جهت پیشگیری از بروز عقب ماندگی ذهنی و دیگر عوارض بیماری، باید آزمایشات براساس جدول زیر انجام شده و فرزندتان توسط پزشک معالج ویزیت گردد.

- هر ماه یک بار تا ۶ ماهگی
- هر ۲ ماه یک بار، از ۷ ماهگی تا ۱۲ ماهگی
- هر ۳ ماه یک بار، از ۱۳ تا ۳۶ ماهگی

مهمترین نقش را شما دارید و با پیروی از دستورات پزشک معالج می توانید وظیفه خود را به خوبی انجام داده و شاهد رشد طبیعی و بالندگی و موفقیت فرزند عزیزتان در آینده باشید.

این کارت جهت رعایت برنامه زمانبندی ویزیت های بیماران طراحی شده است. لذا در هر بار مراجعه به پزشک، ضمن اینکه وی را در جریان روند درمان و مقدار داروی مصرفی فرزندتان قرار می دهید، از وی درخواست نمائید که کارت مراقبت را تکمیل کند.

آدرس محل سکونت:

تلفن تماس والدین: ثابت: همراه:

لطفا در صورت تغییر محل زندگی و یا شماره های تماس، به مرکز نمونه گیری اطلاع دهید.

جدول مراقبت بیماران

امضاء ومهر پزشک	دوز دارو ودستورات پزشک	وزن (کیلو گرم)	قد(گرم)	T3RU	FT4 یا T4	TSH	تاریخ	زمان ویزیت
							۱۳...../...../.....	۶ماه اول زندگی
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	۷تا۱۲ماهگی
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	۱۳تا۳۶ماهگی
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	
							۱۳...../...../.....	

ادامه درمان در صورت ابتلا به نوع دائمی بیماری کم کاری تیروئید

«دستورالعمل نحوه تکمیل فرم غربالگری و بیماریابی دیابت بارداری»

این فرم برای کلیه زنان باردار تکمیل می شود. با توجه به برآورد تعداد زنان باردار تحت پوشش، این فرم به اندازه کافی و بصورت دفترچه در اختیار خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی قرار می گیرد. فرم شماره ۱ در خانه های بهداشت توسط بهروز و در مراکز بهداشتی درمانی توسط پرسنل کلینیک بهداشت خانواده و یا ماما همزمان با مراقبت های دوران بارداری تکمیل می شود. بدیهی است باید هماهنگی داخلی در سطح مرکز بهداشت شهرستان بعمل آید تا اطلاعات مربوط به آزمایشات بیماریابی در اختیار تکمیل کننده فرم قرار گیرد.

مسئولیت نظارت بر تکمیل فرم و هماهنگی پرسنل درگیر شامل بهروز، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده، ماما، کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماری ها و کاردان یا کارشناس آزمایشگاه به عهده پزشک مرکز بهداشتی درمانی می باشد.

از آنجا که غربالگری و بیماریابی زنان باردار از نظر GDM یک برنامه مستمر می باشد لذا تکمیل این فرم در طول سال انجام شده و محدوده زمانی خاصی ندارد. از اطلاعات این فرم برای تکمیل فرم گزارش دهی برنامه (فرم شماره ۲) استفاده می شود علاوه بر اینکه پس از هماهنگی و بصورت سالانه یک نسخه از کپی آن در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد.

در سمت راست به ترتیب نام مرکز بهداشتی درمانی و شهری یا روستایی بودن آن و نام خانه بهداشت و روستا نوشته و در مربع های مقابل نام روستا، با یک علامت ضربدر اصلی یا قمر بودن آن مشخص می شود.

در قسمت وسط نام شهرستان مربوطه نوشته می شود.

در سمت چپ تعداد جمعیت و تعداد زنان باردار تحت پوشش در سال مربوطه نوشته می شود.

- **ستون ۱ (ردیف):** شماره ردیف به ترتیب ۱ و ۲ و ... نوشته می شود.
- **ستون ۲ (نام و نام خانوادگی):** نام و نام خانوادگی زن باردار در اولین مراجعه در یک ردیف ثبت می شود و اطلاعات ستون های بعد برای وی تا ختم حاملگی و شش هفته پس از آن تکمیل می گردد. بدین ترتیب برای هر خانم باردار در طول بارداری یک ردیف اختصاص می یابد و در صورت بارداری مجدد باید یک ردیف دیگر برای وی در نظر گرفته شده و اطلاعات وی ثبت گردد.
- **ستون ۳ (کد ملی/شماره شناسنامه):** کد ملی زن باردار و در صورت موجود نبودن شماره شناسنامه وی نوشته می شود.
- **ستون ۴ (تاریخ مراجعه):** تاریخ روزی که زن باردار برای اولین مراقبت مراجعه نموده است به روز، ماه و سال نوشته می شود.
- **ستون ۵ (سن به سال):** سن زن باردار در زمان مراجعه بر حسب سال نوشته می شود.
- **ستون ۶ (سن حاملگی به هفته در زمان مراجعه):** عدد نوشته شده در این ستون نشان می دهد که زن باردار در زمان اولین مراجعه در هفته چندم حاملگی خود می باشد.
- **ستون ۷ (چندمین بارداری):** عدد نوشته شده در این ستون نشان می دهد که بارداری فعلی، چندمین حاملگی زن باردار می باشد. قابل ذکر اینکه حاملگی های قبلی حتی اگر منجر به سقط یا مرده زایی شده باشد نیز باید بعنوان یک بارداری محسوب شود.

غربالگری

- **ستون ۸ (قد بر حسب سانتی متر):** قد خانم باردار طبق دستورالعمل بهروزی اندازه گیری و بر حسب سانتی متر در این ستون نوشته می شود.
- **ستون ۹ (وزن بر حسب کیلوگرم):** وزن خانم باردار طبق دستورالعمل بهروزی اندازه گیری و بر حسب کیلوگرم در این ستون نوشته می شود.
- **ستون ۱۰ (BMI):** با استفاده از نمودار نمایه توده بدنی که در اختیار مراقبت کننده قرار دارد و با توجه به قد و وزن زن باردار عدد BMI وی مشخص گردیده و در این ستون نوشته می شود. در مواردی که این عدد نزدیک ۳۰ می باشد بهتر است برای اطمینان از فرمول استفاده شود (وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر قد بر حسب متر به توان دو $BMI = kg/m^2$)
- **ستون ۱۱ (سابقه قبلی دیابت):** از زن باردار سؤال کنید آیا قبل از بارداری مبتلا به دیابت بوده است؟ در صورت پاسخ مثبت در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - بگذارید. توجه داشته باشید که باید از ابتلا به دیابت فرد اطمینان حاصل کنید به این معنی که پزشک یا یکی از کارکنان بهداشتی درمانی بر حسب نتایج آزمایش قند خون به وی اعلام کرده باشد که دیابت دارد.
- **ستون ۱۲ (سابقه خانوادگی دیابت):** در باره وجود دیابت در افراد درجه یک (پدر، مادر، خواهر یا برادر) از زن باردار سؤال می شود و در صورت وجود بیماری در حداقل یکی از آنها در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.

- **ستون ۱۳ (سابقه فشارخون بالا):** در صورتی که زن باردار بیماری فشارخون بالا داشته است و بیماری وی قبلاً توسط پزشک تأیید شده است در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۱۴ (سابقه دیابت بارداری در حاملگی های قبلی):** در صورتیکه زن ، در هر یک از بارداری های قبلی سابقه دیابت بارداری داشته باشد در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۱۵ (سابقه سقط خودبخودی دو نوبت یا بیشتر):** در صورتیکه زن ، در بارداری های قبلی ۲ بار یا بیشتر سابقه سقط خودبخودی (بدون علت مشخص) داشته است در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۱۶ (سابقه مرده زایی):** در صورتیکه زن ، در هر یک از بارداری های قبلی سابقه حداقل یک بار مرده زایی داشته باشد در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۱۷ (سابقه تولد فرزند ۴ کیلوگرم یا بیشتر):** در صورتیکه زن ، در هر یک از بارداری های قبلی نوزادی با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر به دنیا آورده است در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۱۸ (سابقه ناهنجاری جنینی در حاملگی های قبلی):** در صورتیکه زن ، در هر یک از بارداری های قبلی نوزادی مبتلا به ناهنجاری جنینی به دنیا آورده است در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.

نتیجه غربالگری

- **ستون ۱۹ (بیمار قبلی):** اگر در ستون ۱۱ علامت + گذاشته اید (یعنی زن باردار از قبل مبتلا به دیابت بوده است) در این ستون نیز علامت + بگذارید . این گروه از زنان باردار تحت مراقبت ویژه قرار گرفته و از ستون های بعدی فرم شماره ۱ تنها اطلاعات مربوط به اطلاعات زایمان (ستون های ۳۰ تا ۴۱) برای آنها تکمیل می گردد .
- **ستون ۲۰ (در معرض خطر):** اگر سن در ستون ۵ بالای ۳۰ ، میزان نمایه توده بدنی در ستون ۱۰ عدد ۳۰ یا بیشتر و یا اینکه حداقل یک علامت + در ستون های ۱۲ تا ۱۸ نوشته شده باشد در این صورت زن باردار در معرض خطر دیابت بارداری بوده و در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود . برای این گروه از زنان باردار باید آزمایش GCT را بلافاصله انجام داد .
- **ستون ۲۱ (بدون فاکتور خطر):** اگر سن ۳۰ یا کمتر ، میزان نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ و همه ستون های ۱۲ تا ۱۸ دارای علامت - باشند در این صورت زن باردار دارای فاکتور خطر دیابت بارداری نبوده و در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود . برای این گروه از زنان باردار باید آزمایش GCT را در هفته ۲۸-۲۴ بارداری انجام داد .

توجه: در قسمت «نتیجه غربالگری» تنها یکی از ستون های ۱۹ تا ۲۱ باید علامت + داشته باشد .

زمان انجام و نتایج آزمایشات بیماریابی

- **ستون ۲۲ (FBS):** در صورتیکه زن باردار آزمایش قند خون ناشتا انجام داده باشد این ستون را با یک خط افقی دو قسمت کرده و در بالای آن زمان انجام آزمایش بر حسب سن حاملگی به هفته و در قسمت پایین آن مقدار قند خون بر حسب میلی گرم در دسی لیتر نوشته می شود و در غیر این صورت علامت - درج می گردد .
- **ستون ۲۳ (GCT بار اول):** این ستون را با یک خط افقی دو قسمت کرده و در بالای آن زمان انجام اولین GCT غیر ناشتا با ۵۰ گرم گلوکز بر حسب سن حاملگی به هفته و در قسمت پایین آن مقدار قند خون ۱ ساعت بعد بر حسب میلی گرم در دسی لیتر نوشته می شود و در غیر این صورت علامت - درج می گردد .
- **ستون ۲۴ (GCT بار دوم):** در صورتی که خانم باردار برای بار دوم GCT انجام دهد این ستون را با یک خط افقی دو قسمت کرده و در بالای آن زمان انجام دومین GCT غیر ناشتا با ۵۰ گرم گلوکز بر حسب سن حاملگی به هفته و در قسمت پایین آن مقدار قند خون ۱ ساعت بعد بر حسب میلی گرم در دسی لیتر نوشته می شود و در غیر این صورت علامت - درج می گردد .
- **ستون ۲۵ (OGTT بار اول):** در صورتیکه زن باردار تست تحمل گلوکز استاندارد ناشتا با ۱۰۰ گرم گلوکز انجام داده باشد زمان انجام بر حسب سن حاملگی به هفته نوشته می شود و در غیر این صورت علامت - درج می گردد .

- **ستون ۲۶ (OGTT بار دوم):** در صورتیکه زن باردار یک نوبت OGTT انجام داده باشد و نتایج آن مشکوک باشد باید برای نوبت دوم نیز انجام گردیده و زمان آن بر حسب سن حاملگی به هفته در این ستون نوشته شود و در غیر این صورت علامت - درج می گردد. لذا این ستون هنگامی تکمیل می گردد که آزمایش ستون ۲۵ انجام شده باشد.

توجه: در ستون های ۲۵ و ۲۶ ذکر اعداد قند خون لازم نیست و تنها زمان انجام آزمایش به هفته نوشته می شود.

نتیجه آزمایش بیماریابی

- **ستون ۲۷ (سالم):** در صورتی که نتایج آزمایشات بیماریابی با توجه به دستورالعمل، دیابت بارداری را نشان ندهد در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۲۸ (GDM):** در صورتی که نتایج آزمایشات بیماریابی با توجه به دستورالعمل، دیابت بارداری را تأیید کند در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **ستون ۲۹ بیمار(دیابتیک):** در صورتی که نتایج دو نوبت FBS بیماری دیابت فرد را تأیید کند در این ستون علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.

توجه: در قسمت «نتیجه آزمایش بیماریابی» تنها یکی از ستون های ۲۷ تا ۲۹ باید علامت + داشته باشد.

اطلاعات زایمان

- **ستون ۳۰ (زمان زایمان بر حسب سن حاملگی به هفته):** عدد نوشته شده در این ستون نشان می دهد زن باردار در هفته چندم حاملگی زایمان نموده است.
- **نوع زایمان: ستون ۳۱ و ۳۲ (طبیعی، سزارین):** در صورتیکه زایمان زن باردار طبیعی باشد در ستون ۳۱ و در صورت انجام سزارین در ستون ۳۲ علامت + گذاشته می شود.
- **ستون ۳۳ (وزن نوزاد به گرم):** وزن موقع تولد نوزاد به گرم در این ستون نوشته می شود.
- **نتیجه زایمان: ستون ۳۴ تا ۳۹ (سالم، دارای ناهنجاری، سقط، مرده زایی):** در صورتیکه نوزاد زنده بدنیا آمده سالم بوده و دارای ناهنجاری مادرزادی نباشد در ستون ۳۴ علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **در صورتیکه نوزاد زنده بدنیا آمده مبتلا به یکی از انواع ناهنجاری های مادرزادی قلبی، لوله عصبی و یا سایر ناهنجاری ها باشد به ترتیب در ستون های ۳۵، ۳۶ و ۳۷ علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.**
- **در صورتیکه خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ حاملگی روی دهد سقط تلقی شده در ستون ۳۸ علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.**
- **در صورتیکه مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان روی دهد مرده زایی تلقی شده در ستون ۳۹ علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.**
- **عوارض زایمانی مادر: ستون ۴۰ و ۴۱ (زایمان سخت، خونریزی زایمانی):** در صورتیکه زایمان طولانی بوده و یا بوسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا خروج سخت شانه ها انجام شده باشد زایمان سخت تلقی شده در ستون ۴۰ علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.
- **خونریزی زایمانی به مواردی اطلاق می شود که نیاز به تعویض مکرر پد پر از خون باشد. در این صورت در ستون ۴۱ علامت + و در غیر این صورت علامت - گذاشته می شود.**

- **نتیجه آزمایش بیماریابی شش هفته پس از زایمان: ستون ۴۲ و ۴۳ و ۴۴ (سالم، پره دیابتیک، بیمار):** شش هفته پس از زایمان بیماریابی تنها برای زنان بارداری انجام می شود که در جریان غربالگری، تشخیص دیابت بارداری (علامت + ستون ۲۸) برای آنها داده شده است. بیماریابی از طریق انجام تست FBS و یا OGTT صورت می گیرد و بر حسب نتیجه، مقدار قند خون فرد در ستون مربوطه (۴۲ تا ۴۴) نوشته می شود. معیارهای تشخیصی بدین ترتیب است:

- **سالم (ستون ۴۲):** خانمی که قند ناشتای وی کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بوده و یا اینکه در آزمایش تحمل گلوکز، قند خون وی ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد.

- **پره دیابتیک (ستون ۴۳)** : خانمی که قند ناشتای وی بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر بوده و یا اینکه در آزمایش تحمل گلوکز ، قند خون وی ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد .
- **بیمار (ستون ۴۴)** : خانمی که قند ناشتای وی مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر بوده و یا اینکه در آزمایش تحمل گلوکز ، قند خون وی ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد . برای تأیید تشخیص ، آزمایشات فوق باید در یک روز دیگر تکرار شود مگر اینکه علائم واضح دیابت (پرادراری ، پرنوشی و کاهش وزن نا موجه) وجود داشته باشد .
- **آدرس و تلفن تماس (ستون ۴۵)** : در اولین مراجعه ، آدرس دقیق و ۲ شماره تلفن تماس خانم باردار در این ستون نوشته می شود .

این فرم با توجه به فرم شماره ۱ در پایان هر فصل توسط خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی تکمیل و جهت جمع بندی به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. مرکز بهداشت شهرستان حداکثر تا ۲۰ روز بعد جمع بندی آمار کل مراکز بهداشتی تحت پوشش را در قالب یک فرم شماره ۲ به مرکز بهداشت استان ارسال می نماید.

در سمت راست به ترتیب نام شبکه/مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی و خانه بهداشت نوشته می شود. در سمت چپ به ترتیب فصل/سال و جمعیت زیر یکسال نوشته می شود.

- (ستون ۱): شامل ۹ گروه سنی ۵ ساله از ۱۰ تا ۵۴ سال
- (ستون ۲): تعداد زنان باردار غربالگری شده در فصل مربوطه با توجه به ردیف های تکمیل شده فرم شماره ۱ به تفکیک گروه های سنی در این ستون نوشته می شود.
- (ستون ۳): تعداد زنان باردار دارای سابقه قبلی دیابت با توجه به ستون ۱۹ فرم شماره ۱ (بیمار قبلی) به تفکیک گروه های سنی در این ستون نوشته می شود.
- نتیجه بیماریابی (ستون ۴، ۵ و ۶): تعداد زنان سالم، مبتلا به دیابت بارداری و بیمار دیابتیک با توجه به ستون های ۲۷ (سالم)، ۲۸ (GDM) و ۲۹ (بیمار دیابتیک) فرم شماره ۱ به تفکیک گروه های سنی در این ستون نوشته می شود.
- (ستون ۷): تعداد زنان مبتلا به دیابت بارداری که شش هفته پس از زایمان از نظر دیابت بیماریابی شده اند بر اساس اطلاعات ستون های ۴۲ تا ۴۴ فرم شماره ۱ به تفکیک گروه های سنی در این ستون نوشته می شود.
- (ستون ۸): تعداد مبتلایان به دیابت شش هفته پس از ختم حاملگی با توجه به ستون ۴۴ فرم شماره ۱ به تفکیک گروه های سنی در این ستون نوشته می شود.

توجه: جمع ستون های شماره ۳ و ۴ و ۵ و ۶ باید با ستون ۲ برابر باشد.

در سمت راست پایین فرم نام و نام خانوادگی گزارش دهنده که بهورز، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده، ماما و یا کارشناس ستادی بهداشت خانواده یا مبارزه با بیماری ها می باشد نوشته می شود.

در سمت چپ پایین فرم نام و نام خانوادگی تأیید کننده که پزشک مرکز بهداشتی درمانی و یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان می باشد نوشته می شود.

«دستورالعمل تکمیل فرم پیگیری بیماران»

این فرم برای بیماران مبتلا به دیابت یا فشار خون بالا توسط بهورز یا کاردان بهداشتی ابتدای هر سال تکمیل می گردد.

در سمت راست به ترتیب نام مرکز بهداشتی درمانی و شهری یا روستایی بودن آن و نام خانه بهداشت و روستا نوشته و در مربع های مقابل نام روستا ، با یک علامت ضربدر اصلی یا قمر بودن آن مشخص می شود .

در قسمت وسط فرم سال تکمیل فرم و در سمت چپ نام بیماری (دیابت یا فشار خون) ثبت می شود ثبت می شود

نام و نام خانوادگی بیمار ، سال تولد برحسب سال و جنس بیمار برحسب زن و مرد ثبت می شود.

شماره ساختمان و شماره خانوار با خط کسری مشخص می شود .

تاریخ تشخیص بیماری بر حسب سال تشخیص و در صورت امکان بر حسب روز و ماه و سال نوشته شود.

تاریخ خدمات انجام شده : تاریخ مراقبتهای انجام شده توسط بهورز / کاردان بهداشتی یا پزشک از فرم مراقبت بیمار مبتلا به دیابت و فشار خون استخراج و به ترتیب در ستون های ستاره و مربع از فروردین تا اسفند ثبت می شود.

در صورتیکه مراقبت در خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی انجام شود ، دور تاریخ مراقبت با خودکار آبی و اگر با پیگیری و خارج از خانه یا مرکز بهداشتی درمانی انجام شود ، دور تاریخ با خودکار قرمز دایره زده می شود.

«دستورالعمل تکمیل فرم مراقبت بیمار مبتلا به دیابت و فشار خون»

ویژه: بهورز/کاردان بهداشتی/پزشک

این فرم در پرونده خانوار بیماران نگهداری می شود. نحوه تکمیل فرم به شرح ذیل است:

نحوه تکمیل سئوال های بالای فرم:

۱. ابتدا نام و نام خانوادگی بیمار را در مقابل قسمت « نام و نام خانوادگی » بنویسید
۲. تاریخ تولد را بر حسب روز/ ماه / سال ثبت کنید .
۳. تاریخ تشخیص بیماری بر حسب روز / ماه / سال ثبت نمائید . در صورتی که روز تشخیص معلوم نباشد روزی که پاسخ آزمایش قند ناشتای دوم در خلال دوره غربالگری و بیماریابی ، اخذ شده است را وارد نمایید. در صورتیکه زمان ابتلا به بیماری نا معلوم است تنها سال ابتلا به بیماری را قید نمائید .
۴. قد بیمار بر حسب سانتیمتر در این قسمت ثبت می شود . بدیهی است قد بیمار تنها یک بار اندازه گیری و ثبت می شود اما برای هر برگ جدید فرم مراقبت ، دوباره باید اندازه گیری قد انجام شود.
۵. شماره پرونده خانوار در این قسمت ثبت می شود
۶. در صورتیکه بیمار سابقه ابتلا به لیپیدمی (افزایش چربی های خون) دارد مقابل مربع (دارد) تیک بزنید و در صورت عدم سابقه چربی خون بالا در مربع (ندارد) علامت بگذارید.
۷. اگر سابقه خانوادگی دیابت مثبت باشد در مربع «دارد» و اگر سابقه نداشته باشد در مربع « ندارد» علامت بزنید . منظور از سابقه خانوادگی ، ابتلا به دیابت در یکی از بستگان درجه اول همچون پدر، مادر، خواهر یا برادر است ابتلا دیابت در بستگان درجه دو و سه سابقه خانوادگی محسوب نمی شود .
۸. سابقه ابتلا به فشار خون در این قسمت ثبت می شود . منظور از سابقه فشار خون بالا ابتلا به بیماری فشار خون است که تاکنون ادامه دارد . اگر کسی در گذشته یک یا چند نوبت و یا مدتی فشار خون داشته است سابقه فشار خون محسوب نمی شود .
۹. سابقه مصرف دخانیات در این قسمت ثبت می شود بدیهی است منظور اعتیاد به دخانیات یعنی مصرف مداوم آن است . مصرف سیگار ، چپق ، پپ، قلیان و... در صورتیکه پیوسته مورداستفاده قرار گیرد به عنوان سابقه مصرف تلقی می گردد.
۱۰. اگر در حال حاضر دخانیات مصرف میکنند در مربع « بلی» و در غیر این صورت مربع «خیر» علامت بزنید
۱۱. نوع دخانیات و تعداد دفعات مورد استفاده در طول یک شبانه روز در این قسمت ثبت می شود .

نحوه تکمیل جدول:

۱۲. تاریخ مراقبت را بر حسب روز ، ماه و سال ثبت نمائید .
 ۱۳. عنوان مراقبت کننده را قید کنید . مراقبت کننده بهورز /کاردان بهداشتی یا پزشک است . بیماران هر ماه توسط بهورز یا کاردان بهداشتی مراقبت می شوند و پزشکان نیز هر ۳ ماه بیمار را ویزیت می کنند. البته در صورت صلاحدید پزشک ممکن است تعداد دفعات مراقبت توسط پزشک بیشتر شود (مثلاً هر ۱۵ روز یا هر ماه بیمار توسط پزشک معاینه و مراقبت شود) که همگی باید در این فرم ثبت شوند.
 ۱۴. قسمت « خدمات ارائه شده » شامل ۷ ستون است که به ترتیب زیر می باشد :
- فشار خون بر حسب میلیمتر جیوه : فشار خون را اندازه گیری کنید و ثبت نمائید . مقدار فشار خون را دقیقاً ثبت نمائید مثلاً ۱۲۵/۸۵ واز نوشتن ۱۲/۸ خودداری نمائید.

- وزن بر حسب کیلوگرم : وزن بیمار را اندازه گیری کرده و با دقت یک رقم اعشار ثبت نمائید . مثلاً ۸۵/۷

- نمایه توده بدنی BMI : با توجه به اندازه گیری وزن و داشتن مقدار قد بیمار BMI را از روی فرمول وزن بر حسب کیلوگرم یا توسط نوسوگرام BMI ثبت نمائید .
(۲) قد بر حسب متر)

- بررسی مصرف دخانیات: در صورتیکه بیمار دخانیات مصرف می کند، اگر چقیق یا قلیان مصرف می کند از او سوال کنید بطو متوسط چند بار در روز مصرف می کند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید. اگر بیمار سیگار مصرف می کند از او سوال کنید بطور متوسط چند نخ سیگار در روز مصرف میکند؟ و جواب را در این ستون یادداشت کنید.

وضعیت قند خون :

- قند ناشتا بر حسب میلی گرم در دسی لیتر در این ستون مقدار قند ناشتا را ثبت نمائید .
- قند غیر ناشتا: در صورتیکه بیمار ناشتا نباشد و یا نتیجه آزمایش قند ۲ ساعته در این ستون قید می شود
- مقدار هموگلوبین گلیکوزیله بر حسب درصد در این ستون قید می شود .

نکته :

ثبت مقدار قند ناشتا یا غیر ناشتا و یا هموگلوبین گلیکوزیله بیانگر وضعیت متابولیک و میزان موفقیت بیمار است . در صورتیکه بیمار به آزمایشگاه شهری مراجعه کرده یا در مرکز بهداشتی درمانی روستایی مقدار قند وی اندازه گیری شده و یا در خانه بهداشت توسط دستگاه گلوکومتر قند خون محاسبه شده است در ستون مربوط ثبت می شود . نتایج آزمایشگاهی نسبت به آزمایش با گلوکومتر ارجحیت دارند و بهتر است نتایج آزمایشگاهی در فرم ثبت شود . هموگلوبین گلیکوزیله سالانه ۲ تا ۴ نوبت اندازه گیری می شود . این آزمایش در حال حاضر در شهرها انجام می شود و در نقاط روستایی کشور در دسترس نیست بیماران را ترغیب نمائید که برای اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله به آزمایشگاه شهرستان مراجعه کنند.

نکته مهم :

در صورتیکه نتیجه آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله بیمار را ثبت می کنید حتماً محدوده نتایج طبیعی (Normal range) را در ستون ملاحظات بنویسید .

۱۵. در ستون « عوارض بیماری » نام عارضه بیماری همچون رینیوپاتی ، نفروپاتی ، نوروپاتی ، پای دیابتی ، کماو... توسط پزشک ثبت می شود. در صورتیکه بیمار فاقد عارضه باشد علامت منفی در هر نوبت مراقبت در این ستون ثبت می شود .

۱۶. ستون « دستورات پزشک و نتایج معاینه و سایر آزمایش ها و آموزش » توسط پزشک تکمیل می شود و همانطور که از عنوان ستون ملاحظه می شود دستورات جدید ، نتایج حاصل از معاینه و مقدار سایر پارامترهای آزمایشگاهی از قبیل چربی خون در این ستون قید می شود . همچنین رئیس مطالب آموزشی نیز در این ستون قید می گردد.

۱۷. در ستون « ارجاع به » در صورتیکه بیمار توسط بهورز یا کاردان بهداشتی به پزشک مرکز ارجاع (فوری یا غیر فوری) شود ، در این ستون کلمه پزشک مرکز را بنویسید.

اگر بیمار توسط پزشک مرکز به سطوح بالاتر (واحد دیابت یا پزشک متخصص) ارجاع شود نام واحد مربوطه یا نوع تخصص پزشک را بنویسید.

اگر بیمار بعلت بیماری سکنه قلبی و یا سکنه مغزی و عوارض آن برای بستری در بیمارستان ارجاع شود، در این ستون کلمه بستری و تاریخ ارجاع را بنویسید.

۱۸. در صورت قطع مراقبت به هر دلیل ، در این ستون علت ترک مراقبت را ذکر نمائید. مهاجرت ، عدم مراجعه بیمار، مرگ و ... برخی از علل ترک مراقبت هستند.

۱۹. در ستون « ملاحظات » هرگونه توضیحی را که لازم می دانید قید نمائید .

نکته :

اطلاعات فرم شماره ۴ برای تکمیل فرم شماره ۵ مورد استفاده قرار می گیرد . در تکمیل این فرم دقت نمائید.

راهنمای تکمیل فرم گزارش دهی مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون بالا

در بالای فرم نام مرکز بهداشت شهرستان خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی درمانی ثبت می شود. در سمت راست، جمعیت تحت پوشش و جمعیت بالاس ۳۰ سال در ابتدای سال براساس زیج حیاتی سال جاری در سطح خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان به تفکیک مرد وزن نوشته می شود. سپس ماه و سال تکمیل فرم ثبت می شود.

در سمت چپ فرم تعداد خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش ثبت می شود.

در پایین فرم نام خانوادگی، و امضاء تکمیل کننده و تأیید کننده فرم ثبت می شود. در شهرستانهایی که امکان اندازه گیری میزان هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) وجود دارد، محدوده طبیعی میزان هموگلوبین گلیکوزیله در سمت چپ بالای فرم قید می شود.

دستور العمل تکمیل جدول:

- ۱- تعداد بیماران تحت پوشش: تعداد بیماران به تفکیک زن و مرد در ستون «شماره ۱» ثبت می گردد. این اطلاعات از فرم غربالگری «شماره ۱» استخراج و شامل کلیه بیماران جدید و قدیم می باشد.
- ۲- تعداد بیماران شناسایی شده «جدید»: تعداد بیمارانی که در ۶ ماه اول یا دوم سال جاری تشخیص داده شده اند، به تفکیک زن و مرد ثبت می شود.
- ۳- در ستون «تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک طبق دستور العمل» تعداد بیمارانی که حد اقل هر سه ماه یکبار توسط پزشک ویزیت شده اند به تفکیک زن و مرد ثبت می شوند. مراقبت های بهورزان در این ستون ثبت نمی شود. از آنجا که پزشک هر ۶ ماه باید دونوبت بیماران را ویزیت و مراقبت کند، تعداد بیمارانی که طی ۶ ماه گذشته ۲ نوبت ویزیت شده اند در این ستون پبت می شود.
- ۴- در ستون فشار خون بیشتر از ۱۳۰/۸۵ تعداد مردان و زنان مبتلا به دیابت که فشار خون بیشتر از ۱۳۰/۸۵ دارند ثبت می شود.
- ۵- در ستون فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ تعداد مردان و زنان مبتلا به فشار خون بالا که فشار خون مساوی یا بالاتر از ۱۴۰/۹۰ دارند ثبت می شود.
- ۶- در ستون های ۸ تا ۶ تعداد مردان و زنان مبتلا به دیابت و فشار خون بالا که به ترتیب BMI کمتر از ۲۵، BMI بین ۲۵ تا ۳۰ و BMI بیش از دارند، قید می گردد.
- ۷- در ستون های ۹ تا ۱۶ نتایج آزمایش قند خون ناشتا، دوساعته و HbA1C بیماران دیابتی ثبت می گردد
- ۸- تعداد مبتلایان به عوارض جدید: تعداد مردان و زنان مبتلا به دیابت و فشار خون بالا که جدیداً دچار عوارض بیماری شده اند در این ستون ثبت می شود.

دستور العمل نحوه تکمیل : ویژه گزارش دهی فعالیت خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی در زمینه مراقبت از بیماران دیابتی

اطلاعات فرم مذکور در قالب فرم شماره ۵ به تفکیک شهری و روستایی هر شش ماه از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی و از مرکز بهداشتی درمانی به مرکز شهرستان و جمع کل شهرستان ها به مرکز بهداشت استان ارسال خواهد شد . ابتدا نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و تعداد مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت در قسمت بالایی فرم تکمیل می گردد. سپس ماه و سال تکمیل فرم ثبت می شود . در شهرستان هایی که امکان اندازه گیری میزان هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) وجود دارد، محدوده طبیعی میزان هموگلوبین گلیکوزیله در سمت چپ بالای فرم قید می شود .

نحوه تکمیل جدول :

۱. ابتدا تعداد بیماران به تفکیک مرد و زن در ستون « تعداد بیماران » ثبت می گردد. این اطلاعات از فرم شماره یک غربالگری استخراج می گردد. کلیه بیماران جدید و قدیمی ثبت می شود .
۲. در ستون « تعداد بیماران مراقب شده توسط پزشک طبق دستورالعمل » تعداد بیمارانی که توسط پزشک هر سه ماه ویزیت شده اند به تفکیک زن و مرد قید می شود . مراقبت های بهورزان در این ستون ثبت نمی شود. از آنجا که پزشک در هر شش ماه باید دو نوبت بیماران را ویزیت و مراقبت کند ، تعداد بیمارانی که طی ۶ ماه گذشته دو نوبت ویزیت شده اند در این ستون قید میشود.
۳. در ستون فشار خون بیش از ۱۳۰/۸۵ تعداد مردان و زنان دیابتی که فشار خون بالاتر از ۱۳۰/۸۵ دارند ثبت می گردد.
- ۴ و ۵ - در ستون های ۴ تا ۶ تعداد مردان و زنان دیابتی که بترتیب BMI کمتر از ۲۵ ، بین ۲۵ تا ۳۰ و BMI بیش از ۳۰ دارند ، قید می گردد .
- ۷ و ۸ - در این ستونها نیز تعداد مردان و زنان دیابتی که بترتیب قند ناشتای کمتر از ۱۲۰ ، بین ۱۲۰ تا ۱۴۰ و یا قند خون ناشتای بیش از ۱۴۰ دارند قید می گردد.
- ۱۰ و ۱۱ و ۱۲- در این ستون ها تعداد مردان و زنان دیابتی که قند خون دو ساعت پس از صرف غذای ایشان بترتیب کمتر از ۱۴۰ بین ۱۴۰ تا ۱۶۰ و بیش از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد قید می گردد.
- ۱۳ و ۱۴ - در این ستون تعداد مردان و زنان دیابتی که به ترتیب هموگلوبین گلیکوزیله در محدوده طبیعی یا بیش از مقدار طبیعی دارند قید می شود .

نکته :

محدوده طبیعی HbA1C بر حسب نوع آزمایش متغیر است .

۱۵- تعداد مردان و زنان دیابتی که جدیداً دچار عوارض بیماری شده اند در این ستون ثبت می شود .

«فرم های برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و فنیل کتونوری»

فرم نمونه گیری

- این فرم برای کلیه نوزادانی که مورد غربالگری قرار می گیرند، در ۳ نسخه، تکمیل شود.
- نسخه اول همراه کاغذ فیلتر به آزمایشگاه غربالگری استان ارسال شود.
- نسخه دوم در محل نمونه گیری نگهداری شود.
- نسخه سوم به والدین بیمار داده شود.

محل تکمیل فرم:

مرکز نمونه گیری

مسئول تکمیل فرم:

نمونه گیر

چگونگی تکمیل فرم شماره ۱: فرم نمونه گیری

- نام شبکه بهداشت و درمان شهرستان / نام مرکز بهداشت شهرستان نوشته شود.
- محل نمونه گیری: یکی از محل های مراکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی، پایگاه بهداشتی/ خانه بهداشت/ بیمارستان انتخاب شده و نام آن به عنوان محل اخذ نمونه از پاشنه پا بر کاغذ گاتری نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی نوزاد، پدر و مادر بر اساس گفته والدین نوشته شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).
- در محل جنس نوزاد در مربع مربوط به دختر و یا پسر علامت × گذاشته شود.
- تاریخ تولد نوزاد به صورت سال، ماه و روز (به عدد) نوشته شود.
- سن نوزاد بر حسب روز از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه گیری از پاشنه پا به دست آمده و نوشته شود
- وزن نوزاد به گرم نوشته شود.

نکته: سن نوزاد در زمان غربالگری (در نوبت اول) نباید از ۷۲ ساعت کمتر باشد.

- سن مادر به سال نوشته شود.
- نوع زایمان پرسیده شده و در یکی از مربع های طبیعی و سزارین علامت × گذاشته شود.
- نسبت فامیلی والدین در این محل علامت × زده شود.
- ۱- غیر فامیل: والدین هیچگونه نسبت فامیلی با هم ندارند.
- ۲- فامیل درجه ۳: والدین نسبت فامیلی، دختر عمو، پسرعمو، دخترخاله، پسرخاله، دخترعمه، پسرعمه، پسرذایی و دخترذایی، دارند.
- ۳- فامیل درجه ۴ و بیشتر: شامل نوه خاله، نوه دایی، نوه عمو و نوه عمه می باشند. نتیجه ها و نبیره های خاله، دایی، عمو و عمه به ترتیب فامیل درجه ۵ و ۶ محسوب می شوند.
- نوبت نمونه گیری (اول و یا دوم) علامت × زده شود.
- بر اساس دستور العمل کشوری برنامه غربالگری کم کاری تیروئید، انجام مجدد آزمایش غربالگری از پاشنه پا در نوزادان زیر، لازم است:
 - ۱- نوزادان نارس (کمتر از ۳۷ هفته سن حاملگی)
 - ۲- نوزادان با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم (ماکروزم)
 - ۳- نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
 - ۴- دو یا چند قلوها
 - ۵- نوزادان بستری و یا با سابقه بستری در بیمارستان
 - ۶- نوزادان با سابقه مصرف داروهای خاص (مثل دوپامین، کورتن و ...)
 - ۷- نوزادان با سابقه تعویض و یا دریافت خون
 - ۸- نوزادانی که در غربالگری از پاشنه پا (نوبت اول)، TSH بین ۵ تا ۹/۹ داشته اند.
 - ۹- نوزادانی که نمونه گیری بر کاغذ فیلتر آنان به عنوان "نمونه نامناسب" شناخته شده است.

در صورتی که نوزاد حداقل یک مورد از موارد فوق را داشته باشد، در قسمت بلی علامت × زده شده و کد علت نمونه گیری نیز مشخص شود و در غیر این صورت در قسمت خیر علامت × گذاشته شود. در صورتی که نوزاد دارای چند مورد بود، کد همه موارد ذکر شود.

• منطقه محل سکونت والدین بر حسب شهری یا روستایی علامت × گذاشته شود.

• شماره خانوار (در صورتی که مشخص باشد) درج گردد.

• آدرس پستی محل سکونت والدین نوزاد به دقت نوشته شود.

نکته: در صورتی که محل سکونت فعلی مادر و نوزاد منزل والدین نیست و مادر برای زایمان به این محل آمده است

و بعد از آن به منزل خود می رود، باید هر دو آدرس نوشته شوند.

- شماره تلفن تماس والدین نوزاد (حداقل ۲ شماره تلفن با ذکر کد محل) گرفته شده و با دقت نوشته شود.
- در قسمت شماره تلفن محل نمونه گیری، شماره تلفن محل نمونه گیری و یا شماره تلفنی که از طریق آن بتوان مستقیماً با نمونه گیر تماس حاصل کرد، همرا با کد محل، نوشته شود. در صورتی که محل نمونه گیری فاقد تلفن باشد، شماره تلفن مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی که محل نمونه گیری زیر مجموعه آن است درج گردد.
- نام و نام خانوادگی نمونه گیر به طور خوانا، در قسمت پایین فرم، نوشته شود.
- تاریخ روز نمونه گیری از پاشنه پا، با ذکر سال، ماه و روز، به طور خوانا نوشته شده و در خاتمه نمونه گیر فرم شماره ۱ را امضا نماید.
- با توجه به اینکه برنامه غربالگری فنیل کتونوری (PKU) همزمان با غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید اجرا می شود، بر اساس دستور العمل کشوری برنامه غربالگری فنیل کتونوری، انجام مجدد آزمایش از پاشنه پا در نوزادان زیر، لازم است:
 - نمونه نامناسب
 - نوزاد با دریافت یا تعویض خون
 - دیالیز
 - عدم تغذیه خوراکی یا وریدی با مواد دارای پروتئین، حداقل ۴۸ ساعت قبل از تست غربالگری، مثل (NPO شدن).

«فرم های برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و فنیل کتونوری»

فرم غربالگریمحل تکمیل فرم:

مرکز نمونه گیری

مسئول تکمیل فرم:

نمونه گیر

چگونگی تکمیل فرم شماره ۲: فرم غربالگری

- ابتدا در بالای فرم نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مرکز بهداشت شهرستانی که محل نمونه گیری زیر مجموعه آن است نوشته شود.
- سپس نام محل نمونه گیری، بر حسب این که در کدام یک از محل های مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا روستایی، پایگاه بهداشتی، خانه بهداشت و یا سایر محلها نمونه گیری انجام شده است، نوشته شود.
- ترتیب شماره ردیف برای نوشتن مشخصات نوزادان غربالگری رعایت شود.
- یادآوری می شود که اگر به هر دلیل از نوزاد، نمونه مجدد تهیه گردد، برای شناسایی نوزاد از شماره ردیف قبلی نوزاد استفاده شده و به آن ۱/ اضافه می شود.

مثال: چنانچه یک بار نوزاد با شماره ردیف ۱۰۰ مورد نمونه گیری قرار گرفت و به هر علتی نیاز به نمونه گیری مجدد پیدا کرد، شماره ردیف ۱۰۰/۱ به وی تعلق می گیرد.

- شماره فیلتر: شماره ای که روی فرم شماره ۱ به صورت چاپی نوشته شده با دقت و به طور خوانا نوشته شود.
- نام و نام خانوادگی نوزاد بر اساس گفته والدین نوشته شود. (در صورتی که نام نوزاد معین نباشد، کلمه نوزاد همراه با نام خانوادگی پدر نوزاد نوشته شود).
- نام پدر نوزاد به طور خوانا نوشته شود.
- بر اساس جنسیت نوزاد، در ستون کد ۱ یا ۲ ثبت شود.
- تاریخ تولد نوزاد، بر اساس روز و ماه و سال ثبت شود.
- سن نوزاد به روز در زمان نمونه گیری: سن نوزاد از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه گیری از پاشنه پا به دست آمده و نوشته شود.
- وزن موقع تولد به گرم ثبت شود.
- سن مادر به سال ثبت شود.
- نوع زایمان پرسیده شده و در ستون مربوطه برحسب زایمان طبیعی یا سزارین به ترتیب کد ۱ یا ۲ ثبت شود.
- نسبت فامیلی والدین بر حسب درجه فامیلی (غیر فامیلی، درجه ۳، درجه ۴) به ترتیب کد ۱، ۳، ۴ ثبت شود.
- منطقه محل سکونت والدین برحسب شهری یا روستایی، به ترتیب کد ۱ یا ۲ ثبت شود.
- نوبت نمونه گیری: نوبت اول، کد ۱ و نوبت دوم، کد ۲ ثبت شود.
- نیاز به نمونه گیری مجدد TSH: در صورت نیاز به نمونه گیری مجدد TSH، طبق دستورالعمل بر اساس فرم شماره ۲ نمونه گیری، در قسمت بلی و در صورت عدم نیاز خیر علامت × زده شود.
- کد علت نمونه گیری مجدد از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر باید به طور خوانا ذکر شود.
- نیاز به نمونه گیری مجدد PKU: در صورت نیاز به نمونه گیری مجدد PKU، طبق دستورالعمل بر اساس فرم شماره ۲ نمونه گیری، در قسمت بلی و در صورت عدم نیاز خیر علامت × زده شود.
- کد علت نمونه گیری مجدد از پاشنه پا بر کاغذ فیلتر باید به طور خوانا ذکر شود.
- نمونه نوبت دوم: در صورت اخذ نمونه دوم از نوزاد، کد علت نمونه گیری مجدد TSH یا PKU بر اساس فرم شماره ۲ ذکر می شود.

- کد مرکز نمونه گیری نوبت اول : اگر هر دو نمونه گیری در یک مرکز انجام شده باشد ، فقط شماره فیلتر نوبت اول ثبت شود.
- اگر نمونه گیری نوبت اول جای دیگری انجام شده باشد، با پرسش از والدین و در صورت در دست داشتن برگ دوم فرم شماره ۱ (نمونه گیری نوبت اول) ، کد و شماره فیلتر مرکز نمونه گیری نوبت اول ثبت شود.

نکته بسیار مهم:

زمان نمونه گیری نوبت دوم در موارد فراخوان شده به علت (۱) نمونه نامناسب (مرجوعی) و (۲) غلظت TSH برابر با ۹/۹-۵ در

نمونه کاغذ فیلتر اول باید در اسرع وقت و در کمتر از ۴۸ ساعت پس از فراخوان باشد. در موارد دیگر، که نیاز به نمونه گیری

مجدد وجود دارد، زمان نمونه گیری مجدد از پاشنه پا هفته دوم تولد خواهد بود.

- سن نوزاد به روز در زمان دریافت نتیجه آزمایش: یعنی زمانی که نتیجه آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) به محل نمونه گیری اعلام شده است (نتایج به صورت تلفنی، کتبی و یا شفاهی توسط مقام مافوق محل نمونه گیری و یا مستقیماً از آزمایشگاه غربالگری به نمونه گیر اعلام می گردد).
- نتیجه آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) در دو ستون سالم (کمتر از ۵) و مشکوک (مساوی ۵ و بیشتر به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
- زمان اعلام نتیجه آزمایش تایید تشخیص سرمی کم کاری مادرزادی تیروئید بر حسب سن نوزاد به روز در ستون مربوطه نوشته شود.
- نتیجه آزمایش تایید تشخیص: نتیجه آزمایش تایید تشخیص توسط پزشک مرکز بهداشت شهرستان و یا پزشک مرکز بهداشتی درمانی با تعیین سالم یا بیمار بودن نوزاد اعلام خواهد شد و بر اساس آن در ستون های سالم و یا بیمار علامت × گذاشته شود. در صورتی که به هر علتی نوزاد مشکوک مورد آزمایش تایید تشخیص قرار نگیرد باید ستون عدم انجام آزمایش مجدد علامت × گذاشته شود.
- سن نوزاد به روز در زمان شروع درمان: یعنی زمانی که نوزاد اولین دوز قرص لووتیروکسین را دریافت کرده است. این تاریخ، هم چنین، باید در فرم مراقبت اطفال (بیماریها) ثبت شود.
- نتیجه آزمایش غربالگری فنیل کتونوری (PKU) در دو ستون سالم (کمتر از ۴) و مشکوک (مساوی ۴ و بیشتر به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
- زمان اعلام نتیجه آزمایش تایید تشخیص سرمی به روش HPLC بر حسب سن نوزاد به روز در ستون مربوطه نوشته شود.
- نتیجه آزمایش تایید تشخیص: نتیجه آزمایش تایید تشخیص به روش HPLC توسط پزشک فوق تخصص غدد و یا پزشک متخصص با تعیین سالم یا بیمار بودن نوزاد اعلام خواهد شد و بر اساس آن در ستون های سالم و یا بیمار علامت × گذاشته شود. در صورتی که به هر علتی نوزاد مشکوک مورد آزمایش تایید تشخیص قرار نگیرد باید ستون عدم انجام آزمایش مجدد علامت × گذاشته شود.
- سن نوزاد به روز در زمان شروع درمان: یعنی زمانی که نوزاد به بیمارستان منتخب ارجاع و تحت درمان بالینی قرار می گیرد.

«فرم های برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان و فنیل کتونوری»

فرم گزارش دهی فصلی

- در بالای فرم نام دانشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان / مرکز بهداشت شهرستان تکمیل کننده فرم نوشته شود.
- بر حسب این که محل گزارش دهی کدام یک از محل های مرکز بهداشتی درمانی شهری و یا روستایی، خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی و یا سایر محلها است، این قسمت، با ذکر نام محل، تکمیل شود. در انتها فصل (گزارش به / اداره غدد / مرکز استان) و یا ماه (از محل نمونه گیری به سطح بالاتر) گزارش دهی و سال درج شود.
- برای هر محل نمونه گیری، مرکز بهداشتی درمانی و یا شهرستان مربوطه یک ردیف مجزا تعیین گردد.
- نام شهرستان / محل نمونه گیری: در گزارشات داخل شهرستان نام محل نمونه گیری و در گزارشات استانی نام شهرستان نوشته می شود.
- تعداد کل نوزادان غربالگری شده در شهرستان و یا در محل نمونه گیری نوشته شود.
- نوزادان غربالگری شده به تفکیک جنس ثبت شوند.
- با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت اول بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.

در صورتیکه نمونه اخذ شده از نوزاد نامناسب باشد، در ستون های تعداد نوزاد غربالگری شده و سن نوزاد در زمان نمونه گیری برای این نوزاد عدد یک لحاظ می شود. و در ستون های سن نوزاد در زمان دریافت نتایج و نتایج TSH برای این نوزاد عدد صفر گزارش می شود.

اگر نمونه نامناسب فقط مربوط به PKU باشد. در ستون های سن نوزاد در زمان دریافت نتایج و نتایج TSH نیز عدد یک لحاظ شود و فقط در ستون نتایج PKU عدد صفر لحاظ شود.

- با استفاده از فرم شماره ۲: غربالگری، زمان دریافت نتایج آزمایش غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت اول بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
 - با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: نتایج آزمایش های غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت اول در دو ستون **سال** (کمتر از ۵) و **مشکوک** (مساوی ۵ و بیشتر به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
 - با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: نتایج آزمایش های غربالگری (آزمایش PKU بر کاغذ فیلتر) نوبت اول در دو ستون **سال** (کمتر از ۴) و **مشکوک** (مساوی ۴ و بیشتر به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
 - تعداد نوزادانی که نیاز به غربالگری مجدد TSH (نوبت دوم) از پاشنه پا داشته اند با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری محاسبه و در ستون مربوطه درج گردد.
 - تعداد نوزادانی که نیاز به غربالگری مجدد PKU (نوبت دوم) از پاشنه پا داشته اند با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری محاسبه و در ستون مربوطه درج گردد.
 - با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: زمان انجام نمونه گیری از پاشنه پا نوبت دوم بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
 - با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: زمان دریافت نتایج آزمایش غربالگری نوبت دوم بر حسب سن نوزاد به روز گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
 - با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: نتایج آزمایش های غربالگری (آزمایش TSH بر کاغذ فیلتر) نوبت دوم در دو ستون **سال** (کمتر از ۴) و **مشکوک** (مساوی ۴ و بیشتر به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
- (در صورتیکه سن نمونه گیری ۸ روز و بیشتر باشد، $TSH \geq 4$ مشکوک تلقی می شود.)**

- با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری: نتایج آزمایش های غربالگری (آزمایش PKU بر کاغذ فیلتر) **نوبت دوم** در دو ستون **سالم** (کمتر از 4) و **مشکوک** (مساوی ۴ و بیشتر به تفکیک گروه بندی) علامت × گذاشته شود.
- سن نوزاد در زمان اعلام نتایج تایید تشخیص: با استفاده از فرم شماره ۲ غربالگری برای کم کاری مادر زادی تیروئید و فنیل کتونوری بر حسب سن نوزاد به روز، گروه بندی شده و در ستون های مربوطه نوشته شود.
- تشخیص نهایی: تعداد کل نوزادان غربالگری شده بر حسب نتایج آزمون های غربالگری و آزمایشهای تایید تشخیص سرمی به سه گروه "سالم"، "بیمار" و "عدم آزمایش" دسته بندی شده و در ستون مربوطه ثبت شوند.
- سن نوزاد به روز در زمان شروع درمان: با استفاده از داده های فرم شماره ۲ غربالگری برای کم کاری مادر زادی تیروئید و فنیل کتونوری گروه بندی شده و در ستونهای مربوطه ثبت شود.
- در پایین ستون های هر قسمت جمع کل موارد مربوطه نوشته شود.
- در قسمت زیر ردیف جمع کل، تعداد موارد غربالگری مجدد از پاشنه پا برای TSH و PKU به تفکیک علت ثبت شود.
- در پایین فرم تعداد نوزادان تحت پیگیری که هنوز نتیجه آزمایش غربالگری آنان معلوم نشده است ذکر می شود. البته هر مطلب دیگری نیز که در روند اجرای برنامه اهمیت دارد، ولی در ستونهای بالا نیامده است، می تواند در این قسمت بیاید.
- در صورتی که بیش از یک علت برای نمونه گیری مجدد TSH وجود دارد، مهمترین علت به ترتیب اولویت در فرم شماره ۳ ذکر شود.
- در قسمت انتهای فرم نام و نام خانوادگی گزارشگر و نام و نام خانوادگی تایید کننده ثبت شده و با ذکر تاریخ امضا شود.

تناوب گزارش دهی:

- فرم شماره ۳: گزارش دهی به تناوب زیر به سطوح بالاتر ارسال می شود:
- چنانچه محل نمونه گیری خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشتی باشد، این فرم هر ماه تکمیل شده و به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ارسال می گردد.
 - مرکز بهداشتی درمانی نیز مجموع فعالیت های فرم مذکور را در منطقه تحت پوشش، تجمیع نموده و هر ماه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نماید.
 - مرکز بهداشت شهرستان هم فرم شماره ۳: گزارش دهی فصلی را، هر سه ماه یک بار تکمیل نموده و به گروه بیماریهای مرکز بهداشت استان ارسال می نماید.
 - در نهایت نیز مرکز بهداشت استان، هر ۳ ماه یک بار این فرم را به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می دارد.

داده های مربوط به مراقبت بیماران شناسایی شده در برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان به صورت کارت مراقبت بیماران (نزد والدین بیمار) و همچنین فرم شماره ۴: فرم مراقبت بیماران (در محل مراقبت بیمار) ثبت می شود.

فرم ۴: مراقبت بیماران

این فرم باید برای کلیه بیماران شناسایی شده در برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان تکمیل شود.

محل تکمیل فرم:

این فرم در محل مراقبت بیمار تکمیل شده و در آنجا نگهداری می شود.

مسئول تکمیل فرم:

اولین سطح تکمیل کننده فرم، فرد نمونه گیر است.

چگونگی تکمیل فرم ۴: مراقبت بیماران

- نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، نام شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نام مرکز بهداشت شهرستان، نام محل نمونه گیری نوشته شود.
- شماره خانوار (در صورتی که مشخص باشد) درج گردد.
- نام و نام خانوادگی نوزاد و نام پدر وی به طور خوانا نوشته شود.
- در محل جنس نوزاد در مربع مربوط به دختر و یا پسر علامت × گذاشته شود.
- تاریخ تولد نوزاد به صورت سال، ماه و روز (به عدد) نوشته شود.
- نوع زایمان پرسیده شده و در یکی از مربع های "طبیعی" و "سزارین" علامت × گذاشته شود.
- وزن زمان تولد (به گرم) درج گردد.
- قد زمان تولد (به سانتی متر) درج گردد.
- زمان انجام غربالگری از تفاضل روز و ماه تولد و روز و ماه نمونه گیری از پاشنه پا به دست آمده (با استفاده از اطلاعات نوزاد در فرم شماره ۲: غربالگری که در مرکز نمونه گیری موجود است) و نوشته شود. در صورتی که ۲ بار غربالگری انجام شده است نیز سن نوزاد با استفاده از روش فوق محاسبه و ثبت شود.
- غلظت TSH اولیه (بر کاغذ فیلتر) از گزارش آزمایشگاه استخراج و در کارت ثبت گردد.
- نسبت فامیلی والدین پرسیده شده و در محل مناسب علامت × گذاشته شود.
- ۱- فامیل درجه ۳: والدین نسبت فامیلی، دختر عمو، پسرعمو، دخترخاله، پسرخاله، دخترعمه، پسرعمه، پسر دایی و دختر دایی، دارند.
- ۲- فامیل درجه ۴ و بیشتر: فامیل درجه ۴ شامل نوه خاله، نوه دایی، نوه عمو و نوه عمه می باشند. نتیجه ها و نبیره های خاله، دایی، عمو و عمه به ترتیب فامیل درجه ۵ و ۶ محسوب می شوند.
- ۳- غیر فامیل: والدین هیچگونه نسبت فامیلی ندارند.
- منطقه سکونت والدین پرسیده شده و در محل مناسب علامت × گذاشته شود.
- در صورتی که یکی از افراد فامیل درجه یک بیمار به دلیل ابتلا به یکی از بیماریهای تیروئیدی تحت درمان قرار گرفته است، در مربع مربوطه و در غیر این صورت مربع هیچکدام علامت × گذاشته شود.
- در صورت عدم ابتلا به ناهنجاریهای مادرزادی، مربع "ندارد" و در صورت ابتلا مربع مربوطه علامت × زده شود. در صورتی که در ویزیت اول این مسئله تشخیص داد نشده، در ویزیت های بعدی (پس از بررسی) تکمیل شود.
- تاریخ و نتایج آزمایش های تأیید تشخیص شامل (Free T4 و T4 و TSH و T3RU) از برگه جواب آزمایشات وریدی آزمایشگاه منتخب استخراج و ثبت گردد.
- سن نوزاد (بر حسب روز) در زمان دریافت اولین دوز دارو (قرص لوتیروکسین) در محل مخصوص درج شود.
- اولین دوز دارو (قرص لوتیروکسین) در این محل ثبت شود.
- نتیجه اسکن تیروئید نوزاد (در صورت انجام) نوشته شود.

- نتیجه سونوگرافی تیروئید نوزاد (در صورت انجام) نوشته شود.
 - نام و نام خانوادگی اولین پزشک شروع کننده درمان نوشته شود.
 - نام و نام خانوادگی مشاور علمی برنامه در شهرستان در محل خود نوشته شود.
 - آدرس محل سکونت و شماره های تماس والدین به دقت ثبت گردد. (به والدین گفته شود که در صورت تغییر محل زندگی و یا شماره های تماس به محل نمونه گیری اطلاع داده و نسبت به تصحیح آن در کارت مراقبت اقدام نمایند).
 - جدول مراقبت (داخل کارت): پیگیری بیماران، با توجه به تاریخ تولد آنان در پایان هر ۳ ماه، به صورت تلفنی و یا مراجعه به درب منازل انجام شده و جدول مذکور با استفاده از اطلاعات کارت مراقبت بیمار تکمیل شود.
 - در نهایت، نیجه نهایی درمان بیمار نیز در پایین فرم، در مربع مربوطه ثبت خواهد شد.
- ۱- **نوع گذرای بیماری:** مواردی است که بیمار مدتی تحت درمان بوده است و پس از مدتی پزشک معالج تشخیص داده است که وی بهبود یافته و نیاز به دارو درمانی ندارد.
- ۲- **نوع دائمی بیماری:** مواردی است که، به تشخیص پزشک معالج، بیمار و باید پس از ۳ سالگی نیز دارو مصرف نماید.
- ۳- **مهاجرت:** مواردی که بیمار یا از استان خارج شده است. در این موارد باید به بیمار آدرس و شماره تلفن کارشناس استانی برنامه را داده و نیز تاکید کرد که خود را به کارشناس برنامه در استان مقصد معرفی و درمان را ادامه دهد. از طرف دیگر بیمار را نیز به کارشناس برنامه در استان مقصد معرفی نمود.
- ۴- **قطع آزمایشی:** پزشک معالج به طور آزمایشی درمان را قطع کرده است. تاریخ باید ذکر شود. در صورت شروع مجدد دارو، باید در قسمت ملاحظات نوشته شود. در صورتی که پزشک وضعیت دیگری (بهبود یافته، بیماری دائمی، یا گذرا) اعلام کرد، در مربع مربوطه علامت زده شود.
- ۵- **نامعلوم:** مواردی که به هر دلیل دسترسی به بیمار وجود ندارد.
- ۶- **مرگ:** در صورت مرگ بیمار به هر علت، مربع مربوطه علامت زده شود.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره سلامت روان

برنامه ادغام سلامت روان

« فرم ثبت اختلالات روانپزشکی »

سال.....

ماه.....

برنامه شهری

برنامه روستایی

نام دانشگاه.....

نام شهرستان.....

نام مرکز بهداشتی درمانی.....

نام خانه بهداشت.....

ارجاع		دلایل قطع پیگیری			موارد تحت مراقبت	موارد تحت درمان											جنس	نوع اختلال	
						تکراری	عود	جدید											
								جمع	۶۵-سال و بالاتر	۵۵-۶۴ سال	۴۵-۵۴ سال	۳۵-۴۴ سال	۲۵-۳۴ سال	۱۵-۲۴ سال	۵-۱۴ سال	۱-۴ سال			کمتر از یکسال
																		مرد	روانی شدید
																		زن	
																		مرد	روانی خفیف
																		زن	
																		مرد	صرع
																		زن	
																		مرد	عقب ماندگی ذهنی
																		زن	
																		مرد	سایر موارد
																		زن	
																		مرد	جمعیت تحت پوشش برنامه
																		زن	

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره سلامت روان

راهنمای فرم ثبت اختلالات روانپزشکی

برنامه ادغام سلامت روان

۱۳۸۸

فرایند ثبت اختلالات روانپزشکی در برنامه ادغام سلامت روان

این فرم به صورت ماهیانه ثبت و به سطح بالاتر ارسال می شود. ثبت فرم در سطح مناطق روستایی در خانه بهداشت توسط بهورز صورت می گیرد. در سطح مناطق شهری این فرم توسط کاردان بهداشتی در مرکز بهداشتی درمانی شهری (پایگاه بهداشتی) انجام می شود. قابل ذکر است که پس از بیمار یابی اولیه که توسط بهورز یا کاردان صورت می گیرد بیمار به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می شود و پس از تشخیص پزشک و اعلام نوع اختلال از سوی پزشک، مشخصات بیمار توسط بهورز یا کاردان در فرم ثبت اختلالات روانپزشکی ثبت می شود.

اطلاعات اماری ثبت شده از خانه های بهداشت به مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال می شود. اطلاعات اماری در مراکز بهداشتی درمانی شهری و مراکز بهداشتی درمانی روستایی جمع بندی می شود و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. مرکز بهداشت شهرستان نیز اطلاعات اماری را جمع بندی و آمار شهرستان را به مرکز بهداشت استان ارسال می کند. در مرکز بهداشت استان آمار شهرستانها جمع بندی می شود و آمار استانی به صورت کاغذی و یا نرم افزاری به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (اداره سلامت روان) ارسال می گردد.

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (اداره سلامت روان) اطلاعات اماری دانشگاهها را جمع بندی میکند و گزارش کشوری سالیانه تهیه می نماید. در این فرم در طی یک ماه هر بیمار فقط یک بار ثبت می شود (به غیر از موارد ارجاع، که بیمار علاوه بر ثبت در ستون ارجاع در ستون مرتبط با وضعیت اختلال خود نیز ثبت می شود). چنانچه یک بیمار در یک ماه چندین بار مراجعه (به دلیل یک اختلال) داشته باشد در این فرم فقط یک بار ثبت می شود. در این فرم آمار مناطق شهری و آمار مناطق روستایی به طور مجزا ثبت می شود.

مشخصات ابتدای فرم:

در بالای فرم مشخصات کلی شامل سال، ماه، نام دانشگاه، نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی، نام خانه بهداشت، منطقه (شهری، روستایی) ثبت می شود.

مشخصات اصلی فرد:

نوع اختلال:

اختلالات شدید روانی، اختلالات خفیف روانی، صرع، عقب ماندگی ذهنی، سایر موارد منظور از سایر موارد اختلالاتی است که در طبقه بندی هیچ یک از انواع دیگر اختلالات ذکر شده در فرم نمی گنجد. بعنوان مثال اختلالات کودکان در سایر موارد قرار می گیرند.

جدید:

بیماری که در ماه جاری برای اولین بار به منظور دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده است. این بیمار در همان ماه که شناسایی می شود، بیمار جدید محسوب می شود. بیمار جدید در صورتی که نیاز به درمان داشته باشد از ماه دوم به بعد در قسمت تکراری ثبت می شود.

تکراری

این وضعیت مربوط به بیماری است که طی ماه یا ماه های قبل جهت درمان مراجعه داشته و تحت درمان بوده و بیمار جدید نیست. در مواردی که پزشک بنا به صلاحدید، دارو را چند ماهه تجویز می کند با آنکه لزومی ندارد در طی آن چند ماه بیمار برای دریافت خدمات درمانی مراجعه نماید اما در این ماه ها در ستون تکراری ثبت می شود و توسط بهورز یا کاردان مورد پیگیری قرار می گیرد

تحت در مان:

بیمار تحت درمان بیماری است که تحت نظر درمانگر، خدمات درمانی را دریافت می کند و در ستون های جدید، تکراری یا عود قرار می گیرد. بیمار عقب مانده ذهنی در همان ماه که شناسایی می شود در ستون جدید ثبت می گردد اما از ماه های بعد در ستون تحت مراقبت قرار می گیرد.

- در مان شامل در مان دارویی و درمان غیر دارویی است.

تحت مراقبت:

بیمار تحت مراقبت شامل گروه های ذیل است:

- ۱- بیماری که دوره درمان را تکمیل کرده و بهبود یافته است و طبق نظر پزشک نیازی به ادامه درمان ندارد اما به منظور پیشگیری از عود بیماری در مدت تعیین شده توسط پزشک ، تحت مراقبت قرار می گیرد.
- ۲- از آنجا که بیمار مبتلا به عقب ماندگی ذهنی هرگز بهبود نمی یابد لذا این بیمار در آن ماه که شناسایی می شود بیمار جدید است اما از ماه های بعد تحت مراقبت محسوب می شود. منظور از مراقبت ، توجه به وضعیت بیمار، توجه به اختلالات توأم وارثه آموزش های لازم به بیمار و خانواده اش است.
- پزشک علاوه بر تعیین طول مدت مراقبت هریک از بیماران باید تواتر زمانی مراقبت آنان را نیز تعیین کند یعنی مشخص می کند که هر بیمار باید برای چند ماه تحت مراقبت قرار گیرد و هر چند ماه یکبار پیگیری برای مراقبت وی انجام شود.
- مراقبت از بیمار عقب مانده ذهنی مادام العمر است.

عود:

بیماری که اختلال وی بهبود یافته است اما علائم همان اختلال پس از مدتی مجددا بروز می کند ، به طوری که این بیمار نیاز دارد که جهت این اختلال مجددا تحت درمان قرار گیرد . در آن ماه که اختلال بیمار عود می کند بیمار در ستون عود ثبت می شود اما از ماه های بعد در ستون تکراری ثبت می گردد.

قطع پیگیری:

چنانچه بیمار به هر دلیل (بهبود، فوت، مهاجرت، امتناع از درمان و.....) برای دریافت خدمات درمانی مراجعه نکند و تحت درمان ، مراقبت و پیگیری قرار نگیرد این وضعیت قطع پیگیری محسوب می شود و این بیمار طی ماه یا ماه هایی که مشمول قطع پیگیری است در ستون های مربوط به قطع پیگیری ثبت می شود.

برخی مواقع پزشک بنا به صلاحدید دارو را چند ماهه برای بیمار تجویز می کند (برحسب تجویز پزشک زمان مراجعه بعدی بیمار چند ماه بعد است) در این صورت نیازی نیست که بیمار در این چند ماه مراجعه داشته باشد لذا نباید به عنوان قطع پیگیری تلقی شود. در چنین مواردی در طی این ماهها بهورز یا کاردان همچنان به پیگیری بیمار ادامه می دهد.

بیماری که به دلایلی غیر از بهبود مشمول قطع پیگیری است ، در ستون قطع پیگیری ثبت می شود و اگر بیمار مجددا جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه کند در ستون تکراری ثبت میشود و بعنوان بیمار تکراری محسوب می شود. بیماری که قبل از قطع پیگیری ، جزء بیماران تحت مراقبت بوده است پس از دوران قطع پیگیری در ستون تحت مراقبت ثبت می شود.

بیماری که بدلیل بهبودی در ستون قطع پیگیری قرار گرفته است چنانچه بیماریش عود کند و مجددا نیاز به درمان پیدا کند در ستون عود ثبت می شود.

در طی مدت زمانی که بیمار در ستون قطع پیگیری ثبت می شود بهورز یا کاردان موظف است بیمار را به مراجعه، ادامه درمان و مصرف دارو تشویق نماید.

قطع پیگیری به علل ذیل می تواند اتفاق بیفتد و بیمار به این علل در ستون های مربوط به قطع پیگیری ثبت می شود:

- ۱- بهبود: بیمار بهبودی کامل یافته ، علائم او کاملا از بین رفته ، به مدت ۲ ماه هیچ علامتی نداشته و طبق نظر پزشک نیاز به درمان نداشته باشد . بیمار بهبود یافته بلافاصله پس از بهبود نباید در ستون بهبود ثبت شود بلکه باید در طی ماههای تعیین شده توسط پزشک ، تحت مراقبت قرار گیرد و پس از پایان دوره مراقبت در ستون بهبود ثبت شود.
- ۲- فوت : بیمار به علت اختلال روانی ، بیماری جسمانی و یا حوادث فوت کرده باشد.
- ۳- سایر دلایل: دلایلی نظیر مهاجرت ، وقوع حوادث و امتناع از درمان.
- مهاجرت دائم: محل سکونت بیمار تغییر می کند و تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و یا خانه بهداشت دیگری قرار می گیرد در اینصورت باید پرونده بهداشتی بیمار نیز به مرکز یا خانه بهداشت جدید منتقل شود، و به عنوان بیمار تکراری محسوب شود.

- مهاجرت موقت: (کمتر از ۶ ماه): پس از مراجعت بیمار از مهاجرت، در اولین فرصت توسط بهورز یا کاردان پیگیری انجام می شود و پرونده بیمار فعال می گردد و در ستون تکراری ثبت می شود.

ارجاع:

بیماری که جهت دریافت خدمات تخصصی و یا جهت بستری شدن از مرکز بهداشتی درمانی به سطوح تخصصی ارجاع شده باشد. بیمار در آن ماه که به مرکز تخصصی (یا بیمارستان) جهت درمان سر پایی یا بستری ارجاع می شود در ستون ثبت می گردد: ۱- درستون ارجاع ۲- در ستون تکراری.

در ماههای بعد این بیمار فقط درستون تکراری ثبت می شود.

بیماری که جهت دریافت خدمات درمانی به مراکز خصوصی مراجعه می کند:

برخی از بیماران، تحت درمان در مراکز خصوصی هستند. در مورد این بیماران نیز به شرط آنکه بهورز یا کاردان از نوع بیماری او اطمینان داشته باشد، ضمن ثبت وی در فرم امار، باید پیگیری های لازم را انجام دهد (از نظر اینکه بیمار داروهایش را به طور صحیح و مرتب مصرف می کند، در موعد مقرر به پزشک خود مراجعه می کند و نیز از نظر ارائه آموزشهای لازم به وی و خانواده اش) و پس از اطمینان از تحت کنترل بودن بیماری و مصرف داروهای تجویز شده برای وی، در ماه اول بعنوان مورد جدید و در ماههای بعد بعنوان مورد تکراری در فرم امار ثبت شود.

بیماری که به دونوع اختلال توام مبتلا است:

چنانچه فردی به دونوع اختلال روانی مبتلا باشد هر دونوع اختلال در فرم ثبت می شود و با گذاشتن علامت ستاره بر روی اختلال دوم، در پایین فرم توضیح لازم ذکر می گردد. بعنوان مثال ممکن است یک بیمار هم به عقب ماندگی ذهنی و هم به صرح بطور همزمان مبتلا باشد. همچنین بیمار مبتلا به عقب ماندگی ذهنی احتمال دارد در کنار عقب ماندگی ذهنی به یک اختلال روانی دیگر (نظیر اضطراب، افسردگی، وسواس و....) مبتلا باشد. بنابر این بیماری که به دواختلال توام مبتلاست در طی ماههایی که این اختلالات را دارد در درستون (ستون های مربوط به هر دو اختلال) ثبت می شود. بیمار عقب مانده ذهنی در بسیاری از موارد به اختلال دیگری نیز مبتلاست. بیماری که به دواختلال توام مبتلاست از نظر اماری در فرم ثبت اختلالات بعنوان دو بیمار محسوب می شود و برای ثبت هر یک از اختلالاتش، بر حسب وضعیتی که دارد، همان اصول ثبت موارد جدید، تکراری، تحت مراقبت، ارجاع و قطع پیگیری باید رعایت شود.

تشخیص پزشک و ثبت نوع اختلال:

بهورز یا کاردان پس از شناسایی اولیه بیمار، وی را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می دهند و پزشک اختلال بیمار را تشخیص داده و نوع اختلال را در فرم ارجاع ثبت می کند. در این مرحله بهورز یا کاردان می توانند نوع اختلال بیمار را بر اساس تشخیص پزشک در فرم اختلالات روانپزشکی ثبت کنند. در واقع قبل از تشخیص پزشک، بهورز یا کاردان نباید نوع اختلال را در این فرم امار ثبت کنند.

محاسبات اماری فرم برای ثبت اطلاعات:

- ۱- در هر ماه، موارد جدید، عود، قطع پیگیری و ارجاع همان ماه در ستون های مربوطه ثبت می شود این موارد ارتباطی به موارد جدید، عود، قطع پیگیری و ارجاع ماههای قبل ندارد اما در مورد تحت مراقبت و تکراری نحوه ثبت متفاوت است و در واقع موارد تکراری و تحت مراقبت هر ماه، موارد تکراری و تحت مراقبت ماههای قبل را هم شامل می شود. بعبارت دیگر موارد تکراری هر ماه به ستون تکراری ماه بعد منتقل می شود و به همین نحو موارد تحت مراقبت هر ماه به ستون تحت مراقبت ماه بعد منتقل می شود.
- ۲- موارد جدید ماه قبل به موارد تکراری ماه قبل اضافه می شود و در ستون تکراری ماه جاری ثبت می گردد (بعنوان مثال اگر تعداد موارد جدید فروردین ۵ و تعداد موارد تکراری فروردین ۳۵ باشد در این صورت در ستون تکراری اردیبهشت عدد ۴۰ ثبت می شود).
- ۳- موارد قطع پیگیری هر ماه از تعداد بیماران تکراری همان ماه (بعد از محاسبه بر اساس بند ۲) یا از تعداد بیماران تحت مراقبت همان ماه کسر می شود و تعداد باقیمانده درستون تکراری یا تحت مراقبت همان ماه ثبت می شود (به عنوان مثال اگر تعداد موارد جدید فروردین ۵ و موارد تکراری ۳۵ باشد در این صورت تعداد موارد تکراری در اردیبهشت ۴۰ می شود و چنانچه در ماه اردیبهشت تعداد موارد تحت

مراقبت ۷۰ باشد اگر در اردیبهشت ۳ مورد از بیماران تکراری قطع پیگیری شده باشند و ۶ مورد از بیماران تحت مراقبت قطع پیگیری شده باشند در این صورت تعداد بیماران تکراری اردیبهشت ۳۷ و تعداد بیماران تحت مراقبت اردیبهشت ۶۴ می شود).

شهرستان	بهار	تابستان	پاییز
			تعداد دانشجویان شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد دانشجویان شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت بیماران
			تعداد بیماران شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد بیماران شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت افراد در محیط کاری
			تعداد افراد در محیطهای کاری شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد افراد در محیطهای کاری شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت افراد پرخطر
			تعداد افراد پرخطر شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد افراد پرخطر شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت سایر گروههای هدف
			تعداد سایر گروههای هدف شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد سایر گروههای هدف شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد کارگاه برگزار شده جهت کارکنان بهداشتی و درمانی
			مجموع تعداد کارکنان بهداشتی و درمانی شرکت کننده در کارگاه
			تعداد کارگاه برگزار شده جهت سایر گروههای هدف
			مجموع تعداد شرکت کننده در کارگاه برای سایر گروههای هدف
			تعداد همایش برگزار شده جهت کارکنان بهداشتی و درمانی
			مجموع تعداد کارکنان بهداشتی و درمانی شرکت کننده در همایش
			تعداد همایش برگزار شده جهت سایر گروههای هدف
			مجموع تعداد شرکت کنندگان در همایش
			تعداد نمایشگاه برگزار شده
			مجموع تعداد شرکت کنندگان در نمایشگاه
			تعداد عناوین تولید و منتشر شده (پوستر)
			مجموع تیراژ تولید و منتشر شده (پوستر)
			تعداد عناوین تولید و منتشر شده (فیلم / کلیپ / CD)
			مجموع تیراژ تولید و منتشر شده (فیلم / کلیپ / CD)
			تعداد عناوین تولید و منتشر شده (کتاب)
			مجموع تیراژ تولید و منتشر شده (کتاب)
			تعداد عناوین تولید و منتشر شده (کتابچه)
			مجموع تیراژ تولید و منتشر شده (کتابچه)
			تعداد عناوین تولید و منتشر شده (پمفلت یا بروشور)
			مجموع تیراژ تولید و منتشر شده (پمفلت یا بروشور)
			تعداد عناوین تولید و منتشر شده (پارچه نویسی یا بنر)
			مجموع تیراژ تولید و منتشر شده (پارچه نویسی یا بنر)
			تعداد برنامه های رادیویی
			تعداد برنامه های تلویزیونی
			تعداد مقاله در روزنامه های / مجلات
			توضیحات

شهرستان	بهار	تابستان	پاییز
			تعداد آموزش چهره به چهره دانش آموزان (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره دانش آموزان (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره والدین (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره والدین (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره آموزگاران (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره آموزگاران (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره خانوارها (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره خانوارها (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره رابطین بهداشتی (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره رابطین بهداشتی (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره دانشجویان (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره دانشجویان (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره بیماران (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره بیماران (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره افراد در محیط های کاری (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره افراد در محیط های کاری (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره افراد پر خطر (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره افراد پر خطر (زن)
			تعداد آموزش چهره به چهره سایر گروه های هدف (مرد)
			تعداد آموزش چهره به چهره سایر گروه های هدف (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت دانش آموزان
			تعداد دانش آموزان شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد دانش آموزان شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت والدین دانش آموزان
			تعداد والدین شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد والدین شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت آموزگاران
			تعداد آموزگاران شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد آموزگاران شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت خانوارها
			تعداد خانوارها شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد خانوارها شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت رابطین بهداشتی
			تعداد رابطین بهداشتی شرکت کننده در جلسات آموزشی (مرد)
			تعداد رابطین بهداشتی شرکت کننده در جلسات آموزشی (زن)
			تعداد جلسات آموزشی برگزار شده جهت دانشجویان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی

فرم لیست خطی موارد مشکوک به آنفلو آنزا A (H1N1)

آدرس و شماره تلفن	تاریخ گزارش	بارزترین علائم			وضعیت بیمار		نمونه برداری		تاریخ بررسی	تاریخ شروع علائم	سابقه تماس طی ۱۰ روز قبل (دارد- ندارد)		تاریخ آخرین نوبت دریافت واکسن		سابقه سفر طی ۱۰ روز قبل		ساکن		ملیت	شغل	سن	جنس	نام پدر	نام و نام خانوادگی	ردیف
		سرفه خشک	بدن درد	تب	بستری	سرپایی	تاریخ ارسال به آزمایشگاه	گلو			با حیوانات	بابیمار آنفلو آنزا	پنوموکوک	آنفلو آنزا	خارجی	داخلی	نامک روستا	نام شهر							
																									۱
																									۲
																									۳
																									۴
																									۵
																									۶

نام و امضاء معاون بهداشتی:

* در صورت مسافرت به خارج از کشور نام کشور ذکر شود

نام و امضاء تکمیل کننده فرم:

دستور العمل: ارجاع به کتاب راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلو آنزا (معاونت سلامت-مرکز مدیریت بیماریهای واگیر) صفحه ۱۲۰ و ۱۲۱

..... فعالیتهای دانشگاهها در زمینه مراقبت بیماری آنفلو آنزا

اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	نوع فعالیت		
												فعالیت‌های آموزشی		
													ریز فعالیت	
													برگزاری کارگاه	
													برگزاری سمینار	
													سخنرانی	
													تهیه مواد آموزشی	
														پمفلت
														پوستر
														تراکت
														جزوه
												سایر		
												استفاده از صدای محلی		
												استفاده از سیمای محلی		
												ارائه گزارش صفر		
												فعالیت‌های اجرایی		
													جلسه باریاست دانشگاه	
													جلسه با معاونین	
													جلسه معاون بهداشتی با کارشناسان ستادی	
													جلسه درون واحدی مبارزه با بیماریها	
													تشکیل کارگروه بهداشت و درمان استان	
													تشکیل کارگروه بهداشت و درمان شهرستان	
													تشکیل جلسه با سازمان دامپزشکی	
													تشکیل جلسه با سازمان حفاظت محیط زیست	
													سایر	
												بازدید		
													بهداشتی	
												مشترک با سایر سازمانها		
												ارائه مقاله		
												انجام تحقیقات مرتبط		
												فعالیت‌های پژوهشی		

دستور العمل: کتاب آنفلو آنزا- صفحه ۱۲۵ و ۱۲۶

فرم گزارش روزانه موارد بستری مشکوک به آنفلوآنزا (H1N1) در بیمارستان

شهرستان یزد:

تاریخ:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	شغل	محل سکونت	گروه پرخطر	تاریخ بستری	تاریخ نمونه گیری	نام بیمارستان	تاریخ تحویل دارو	ملاحظات

گروه پرخطر: در صورتیکه فرد در گروه پرخطر قرار می گیرد علت خطر ذکر شود مانند زن باردار-افراد دارای بیماریهای زمینه ای (آسم- دیابت- نارسایی کلیه و.....) افراد دارای نقص ایمنی (HIV ، پیوندی، سرطانی و...) بیماریهای خونی(تالاسمی ما ژور، سیکل سل و....) کودکان زیر ۵سال- افراد بالای ۶۵سال

کارشناس مسئول مبارزه با بیماریها :

رئیس مرکز بهداشت شهرستان:

آمار ایمن سازی -۱

گروه سنی	زیر یکسال	یکساله ۲۳- ۱۲ماه	۲سال و بیشتر	جمع	گروه سنی	زیر یکسال	یکساله ۲۳- ۱۲ماه	۲سال به بالا	جمع	
										آنتی ژن	آنتی ژن
ب. ث. ژ.					MMR1					
پولیو.					MMR2					
پولیو۱					هیپاتیت ۱					
پولیو۲					هیپاتیت ۲					
پولیو۳					هیپاتیت ۳					
یادآور ۱					مننژیت					
یاد آور ۲					۲- آمار واکسیناسیون کزاز یا توام بزرگسال					
ثلاث ۱										
ثلاث ۲										
ثلاث ۳										
یادآور ۱										
یادآور ۲					جنس و سن	زنان غیر باردار ۱۵- ۴۹	زنان باردار	دانش آموزان	سایر گروههای جنسی و سنی	جمع
توام خردسال ۱					آنتی ژن					
توام خردسال ۲					کزاز یا توام ۱					
توام خردسال ۳					کزاز یا توام ۲					
یادآور ۱					کزاز یا توام ۳					
یادآور ۲					کزاز یا توام ۴					
					یادآور کزاز یا توام (هر ۱۰ سال یکبار)					

تاریخ تکمیل فرم:..... نام و امضاء تکمیل کننده:..... نام و امضاء مسئول واحد:.....

دستورالعمل فرم آماری ایمن سازی کد ۱۰۵

این فرم جزء فرم های کد دار می باشد، که توسط خانه های بهداشت ، مراکز بهداشتی درمانی، زایشگاه، پایگاه بهداشتی وتیم سیار براساس سن کودک ونوع واکسن دریافتی درپایان هر ماه تکمیل می گردد.

خانه های بهداشت موظف هستند که فرم مربوط را تا پایان روز پنجم ماه بعد تکمیل وبه سطح بالاتر جهت جمع بندی ارسال نمایند.

کلیه مراکز بهداشتی درمانی ، پایگاههای بهداشتی وزایشگاه تا پایان روز دوازدهم ماه بعد به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

مرکز بهداشت شهرستان نیز پس از جمع بندی وتجزیه وتحلیل آمار ثبت شده تا پایان روز بیستم فرم را به مرکز بهداشت استان ارسال می کند..

دراین قدم علاوه برثبت امار ایمنسازی کودکان زیر۶سال آمار واکسن مننژیت وتوام زنان غیر باردار، زنان باردار، دانش آموزان، وسایر گروههای سنی وجنسی نیز ثبت می گردد.

برنامه پیشگیری و درمان سالک
فرم ارجاع موارد مشکوک به سالک

شماره مسلسل بیمار:..... تاریخ ارجاع بیمار:.....

محل بیماریابی و شماره تلفن : مرکز بهداشتی درمانی :..... خانه بهداشت:.....

پایگاه بهداشتی:..... تیم سیار:..... مطب خصوصی:..... درمانگاه:.....

بیمارستان:..... سایر موارد ذکر شود:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:..... سن:..... جنس: مرد زن نام پدر:.....

ملیت: ایرانی غیرایرانی تعداد افراد خانوار:.....

نشانی و شماره تلفن منزل:.....

شماره سالک شهرستان (برای بیمارانی که درمان را کامل کرده بهبود نیافته یا غیبت داشته و مجدد مراجعه کرده اند).....

مورد بیمار جدید بقیه موارد شامل عود، شکست درمان، غیبت از درمان، مقاوم یا سایر موارد

علائم بالینی:

مدت زمان بروز عارضه:..... شکل ضایعه یا ضایعات:.....

تعداد و محل ضایعات:.....

سابقه ابتلاء قبلی به سالک: دارد ندارد تاریخ ابتلاء سابقه استفاده از رژیم درمانی ضد سالک استاندارد: دارد

ندارد موضعی سیستمیک توام مدت درمان به روز:.....

بیماری مشابه بطور همزمان در خانواده : دارد ندارد

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم و امضاء:.....

نتایج آزمایشگاهی انگل شناسی اسمیر ضایعه پوستی

نتیجه آزمایش	
مثبت	منفی

تاریخ نمونه برداری در آزمایشگاه:...../...../.....

شماره دفتر آزمایشگاه سالک:.....

تعداد نمونه های گرفته شده:.....

نام و امضاء آزمایش کننده:.....

ملاحظات:.....

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر:.....

کارت همراه

<p>آدرس و شماره تلفن مرکز درمان پیشگیری سالک:.....</p> <p>.....</p> <p>ویزیت توسط پزشک</p> <p>تاریخ:...../...../..... علت:..... اقدام:.....</p> <p>تاریخ:...../...../..... علت:..... اقدام:.....</p> <p>تاریخ:...../...../..... علت:..... اقدام:.....</p> <p>تاریخ:...../...../..... علت:..... اقدام:.....</p> <p>تاریخ:...../...../..... علت:..... اقدام:.....</p> <p>توضیحات:.....</p>	<p>برنامه پیشگیری و درمان سالک ، نام شهرستان:.....</p> <p>نام بیمار:..... شماره سالک شهرستان:.....</p> <p>نام پدر:..... ملیت:..... سن:..... وزن:.....</p> <p>نشانی کامل بیمار:.....</p> <p>.....</p> <p>مورد بیماری: جدید <input type="checkbox"/> عود <input type="checkbox"/> شکست درمان <input type="checkbox"/> مقاوم <input type="checkbox"/></p> <p>سایر موارد <input type="checkbox"/> درمان بعد از غیبت <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ شروع درمان: روز..... ماه..... سال.....</p> <p>نوع دارو یا روش درمانی ، مقدار و تعداد نوبت و مدت مصرف را ذکر</p> <p>نمائید:.....</p> <p>.....</p>
--	--

بیماری سالک را بهتر بشناسیم

<p>۴- آیا از عوارض سالک می توان پیشگیری نمود؟</p> <p>با انجام اقدامات مراقبتی،مراجعه بموقع و سریع و درمان بیماری می توان از عوارض بیماری پیشگیری نمود ، به شرط آنکه درمان منظم ، کامل و به مدت کافی باشد . درمان ناقص موجب مقاوم شدن انگل ، و شدت عوارض می گردد. بهبودی کامل بیمار به همکاری خوب و مراجعه منظم بیمار به مرکز درمان کننده بستگی دارد.</p> <p>۵- چگونه از انتقال بیماری به افراد خانواده و سایرین پیشگیری کنیم؟</p> <p>درمان منظم و به مدت لازم موجب از بین رفتن انگل در زخم و بهبودی می شود و مانع انتقال بیماری به دیگران می شود. بعلاوه پیشگیری از گزش پشه در طی درمان نیز اهمیت خاصی دارد که مهمترین آن پانسمان و پوشیدن دائمی زخم می باشد . سایر اقدامات لازم شامل استفاده از دور کننده های حشرات در اطراف زخم ، اسپری حشره کش داخل خانه، استفاده از پشه بند اغشته به سم بخصوص در زمان غروب و طلوع خورشید ، نصب توری در پنجره ها، استفاده از پرده های اغشته به سم در مقابل پنجره ها و دربهای ورودی ، معدوم و مدفون نمودن صحیح زباله ها و نخاله های ساختمانی ، بهسازی محیط.</p>	<p>۱- سالک چیست؟</p> <p>سالک یک عفونت انگلی پوست است که توسط پشه خاکی منتقل می شود و ایجاد ضایعه پوستی می کند.</p> <p>۲- افراد چگونه به این بیماری مبتلا می شوند؟</p> <p>پشه های خاکی پس از گزش افراد مبتلا به سالک یا جوندگان مبتلا، آلوده می شوند و در گزشهای بعدی موجب انتقال انگل به افراد سالم می گردند. معمولاً پس از چند روز تا چند ماه محل گزش مختصر قرمز سپس متورم و حالت جوش مانند می شود و به تدریج از وسط زخمی ایجاد می شود و اطراف آن قرمز می گردد . ممکن است ضایعه خشک و یا دارای ترشح باشد. بدنبال چند بار گزش ممکن است چندین زخم در فرد ایجاد شود . اشکال دیگر بیماری هم ممکن است ایجاد شود.</p> <p>۳- عوارض بیماری سالک چیست؟</p> <p>محل زخم سالک (داغ) پس از بهبودی ایجاد بد شکلی بخصوص در صورت می کند. بعلاوه عفونت محل زخم با سایر میکروبها گاهی منجر به عوارض شدید می شود . بعضی مواقع نیز سالک در اعضاء حساس مانند بینی، پلک، گوش موجب سوراخ شدگی و تغییر شکل قابل توجه آنها می شود.</p> <p>بعلاوه ورود بیماری سالک در هر منطقه موجب ابتلاء بسیاری از افراد بخصوص کودکان می گردد.</p>
---	---

برنامه پیشگیری و درمان سالک
دفتر ثبت نتایج آزمایشگاهی سالک

فرم شماره ۵

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	نام پدر	جنس		نام مرکز ارجاع دهنده	آدرس کامل	تعداد ضایعات	محل ضایعات	تعداد نمونه گرفته شده	بیمار		نتیجه آزمایش اسمیر	سایر آزمایشات تخصصی	ملاحظات	امضاء
				زن	مرد						شماره	تاریخ				

- ۱- منظور از نام مرکز ارجاع دهنده شامل، مطب خصوصی، مراکز بهداشتی درمانی، تیم سیار، خانه های بهداشت، بیمارستان، داروخانه و.... می باشد. سایر آزمایشات تخصصی شامل کشت، PCR و.... می باشد که نوع آزمایش و نتیجه آن در ستون مربوطه ذکر می گردد.
- ۲- حداقل تعداد نمونه ها ۳ نمونه می باشد که گاهی به دلیل وجود چند ضایعه ممکن است تعداد بیشتر نیز تهیه شود.
- ۳- مورد بیماری بطور دقیق مشخص شود ، جدید یا بقیه موارد شامل عود، شکست درمان، مقاومت بالینی، غیبت از درمان یا سایر موارد می باشد (درستون مربوطه نام بپرید).
- ۴- نتیجه آزمایش اسمیر بصورت مثبت و یا منفی نوشته می شود.

برنامه پیشگیری و درمان سالک
پیشگیری موارد قطع درمان

نام و نام خانوادگی بیمار:..... تاریخ شروع درمان

شماره سالک شهرستان:..... نام مرکز درمان کننده:.....

جنس: مرد زن سن:..... نام پدر:.....

آدرس:.....

نام وادرس یکی از نزدیکان بیمار:.....

مدت درمان:..... تاریخ قطع درمان:...../...../.....

نوضیحات:.....
.....

تاریخ پیگیری:...../...../.....

نتیجه پیگیری:.....
.....

آیا دوز درمانی تجویز شده است: بلی خیر علت عدم تجویز:.....

نام و نام خانوادگی پیگیری کننده:..... سمت:.....

امضاء:.....

برنامه پیشگیری و درمان سالک

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:..... نام شهرستان

فرم گزارش بیماران ثبت شده در ماه:..... سال:..... ۱۳

نام هماهنگ کننده سالک شهرستان:..... امضاء:..... تاریخ تکمیل فرم:.....

جدول شماره ۱: موارد جدید سالک

جمع کل ۴	جمع ۳		اسمیر منفی				اسمیر مثبت			
	مرد	زن	جمع ۲	تشخیص بر اساس آزمایشات تخصصی		تشخیص بر اساس علائم بالینی		جمع ۱	زن	مرد
				زن	مرد	زن	مرد			
				ج	ث	ت	پ	ب	الف	

جدول شماره ۲: موارد جدید سالک به تفکیک سن و جنس

جمع	> ۶۵	۵۵-۶۴	۴۵-۵۴	۳۵-۴۴	۲۵-۳۴	۱۵-۲۴	۱۰-۱۴	۵-۹	۰-۴	سن
۱										مرد
۲										زن
۳										جمع

جدول شماره ۳: موارد درمان بعد از غیبت، شکست درمان، عود، مقاوم و سایر موارد به تفکیک سن و جنس

جمع	> ۶۵		۵۵-۶۴		۴۵-۵۴		۳۵-۴۴		۲۵-۳۴		۱۵-۲۴		۱۰-۱۴		۵-۹		۰-۴		
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	
																			عود
																			شکست درمان
																			مقاوم
																			درمان بعد از غیبت
																			سایر موارد
																			جمع

جدول شماره ۴: موارد جدید سالک به تفکیک تعداد ضایعه و جنس

جمع	> ۲۰		۱۲-۲۰		۸-۱۱		۷-۸		۶-۷		۴-۵		۲-۳		۱		تعداد ضایعه
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	جنس
																	تعداد موارد

برنامه پیشگیری و درمان سالک
گزارش عوارض درمان بیماران مبتلا به سالک

فرم شماره ۸۵

نام دانشگاه:..... نام شهرستان:.....
تاریخ تکمیل فرم:...../...../..... نام هماهنگ کننده سالک شهرستان:.....

امضاء:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:..... شماره سالک شهرستان:.....
تاریخ شروع درمان:...../...../..... نوع درمان یا رژیم درمانی:.....

مقدار مصرف دارو:.....

نحوه تجویز دارو:.....

تاریخ شروع عارضه:.....

نوع عارضه:.....

اقدام:.....

.....

.....

برنامه پیشگیری و درمان سالک

گزارش ماهانه نتیجه درمان بیماران مبتلا به سالک ثبت شده در ۶-۵ ماه قبل

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: نام شهرستان:

بیماران ثبت شده در ماه: سال: ۱۳ تاریخ تکمیل فرم:/...../.....

نام هماهنگ کننده سالک شهرستان: امضاء:

نتایج درمان							تعداد مبتلایان به سالک در ماه			مورد بیماری
(ب) جمع موارد ۱ تا ۶	سایر موارد ۶	غیبت از درمان ۵	مقاوم ۴	شکست درمان ۳	در حال بهبود ۲	بهبود یافته ۱	فوق			
							جمع (الف)	زن	مرد	
										جدید
										عود
										شکست درمان
										مقاوم
										غیبت از درمان
										سایر موارد
										مجموع*

- مورد جدید منظور جمع ۳ به تفکیک زن و مرد و جمع کل ۴ از جدول شماره ۱ در فرم شماره ۷ می باشد.

نتیجه درمان سایر موارد (۶) بطور جداگانه توضیح داده شود.....

- تعداد موارد بیماران شامل عود، شکست درمان، مقاوم، درمان بعد از غیبت و سایر موارد به تفکیک مرد و زن و جمع آنها (جمع الف) نوشته

می شود (تعداد موارد با جمع جدول ۳ از فرم شماره ۷ مربوط به آن ماه بایستس یکسان باشد).

• منظور مجموع موارد بیماری (عود، شکست درمان، مقاوم، درمان بعد از غیبت و سایر موارد) به تفکیک مرد و زن و مجموع جمع

(الف) است و مجموع نتایج درمان شامل ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و مجموع جمع (ب) می باشد.

برنامه پیشگیری و درمان سالک
فرم آموزش خانواده ها و سمپاشی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:..... شهرستان:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:..... شماره سالک شهرستان:..... تاریخ تشخیص:...../...../.....

آدرس بیمار:.....

نام افراد تیم:.....

نام مسئول یا ناظر تیم:.....

تاریخ مراجعه:...../...../..... تعداد خانواده هایی که آموزش چهره به چهره داده شده:.....

آیا بیمار مبتلا به سالک در خانواده بیمار یا همسایگان وجود داشته ؟ بلی خیر تعداد موارد:.....

آیا فرم بیمار یابی برای آنها تکمیل شده است؟ بلی خیر

علت عدم تکمیل فرم بیمار یابی را ذکر کنید:.....

نام سم استفاده شده:..... پودر مایع مقدار مصرف شده:.....

روش رقیق کردن سم:..... تعداد خانه های سمپاشی شده :

محل های سم پاشی داخل خانه ها:.....

محل های سم پاشی خارج خانه ها:.....

وسعت مکانهای سم پاشی شده در خارج از خانه ها به متر مربع:.....

محل های باقیمانده:.....

نام افراد مراجعه کننده برای سم پاشی مجدد:..... تاریخ سم پاشی مجدد:...../...../.....

مشکلات سم پاشی:.....

تعداد پشه بند توزیع شده:.....

امضاء مسئول یا ناظر تیم:.....

برنامه پیشگیری و درمان سالک
فرم گزارش ماهانه آموزش خانواده ها و سمپاشی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ماه:.....
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:..... سمت:..... تاریخ گزارش:.....

تعداد پشه بند	مشخصات سمپاشی						خانواده های آموزش داده شده		تعداد بیماران	نام شهرستان	ردیف
	تعداد کارشناس به روز	تعداد کارگر به روز	مقدار سم (کیلو)	مساحت خارج از خانه به متر مربع	تعداد خانه ها	نام سم	تعداد بیماران در آن خانواده ها	تعداد			

برنامه پیشگیری و درمان سالک
فرم گزارش کنترل جوندگان

..... شهرستان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

نام روستاها یا محله های انتخاب شده:

تعداد بیماران در این روستا یا محله در سال قبل: تعداد بیماران در این روستا یا محله در سال جاری:

تعداد خانوار ساکن:

نوبت جونده کشی در سال جاری:

تعداد افراد تیم جونده کش:

تاریخ شروع تخریب لانه ها: تاریخ اتمام تخریب لانه ها:/...../.....

نام سم جونده کش مورد استفاده: روش تهیه طعمه مسموم:

.....

تاریخ تهیه طعمه مسموم:/...../..... مقدار طعمه مسموم تهیه شده (کیلو گرم):

مقدار طعمه مسموم مصرف شده (کیلو گرم):

تاریخ شروع طعمه گذاری:/...../..... تاریخ اتمام طعمه گذاری:/...../.....

سطح جونده کشی به متر مربع:

نام و نام خانوادگی مسئول یا ناظر تیم جونده کش: امضاء:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم بررسی انفرادی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال

بیماری سالک شهرستان مرکز بهداشت ماه

مشخصات بیماری	شماره بیمار: نام بیمار: نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانی <input type="checkbox"/> پاکستانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> کد ملی: شغل: کودک <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> کشاورز <input type="checkbox"/> دامدار <input type="checkbox"/> کشاورز و دامدار <input type="checkbox"/> سایر مشاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> محل سکونت بیمار: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> آدرس محل سکونت: کد پستی:
سوابق ابتداء سبب بیماری	سابقه مسافرت در یکسال گذشته: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> محل مسافرت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> هردو <input type="checkbox"/> تاریخ بروز بیماری:/...../..... تاریخ تشخیص:/...../..... (زمانی که بیمار بعنوان مورد قطعی مبتلا به سالک شناخته شده است) واحد ارجاع کننده: مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> مطب خصوصی <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> درمانگاه (تامین اجتماعی، ارتش، سپاه و.....) <input type="checkbox"/> آزمایشگاه خصوصی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه دولتی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> نوع سالک شایع در منطقه آلوده شده: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> سابقه اسکار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سن ابتلاء در اسکار قبلی: ابتلاء همزمان سایر افراد خانواده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
ت مشخصات	مورد بیماری: جدید <input type="checkbox"/> عود بعد از درمان موضعی <input type="checkbox"/> عود بعد از درمان سیستمیک <input type="checkbox"/> شکست درمان بعد از درمان موضعی <input type="checkbox"/> شکست درمان بعد از درمان سیستمیک <input type="checkbox"/> قطع درمان <input type="checkbox"/> مقاومت بالینی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
قبلی رژیم	رژیم درمانی استفاده شده قبلی: گلوکانتیم سیستمیک <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="checkbox"/> کرایو تراپی به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
مشخصات ضایعه	شکل ضایعه: موضعی <input type="checkbox"/> مرطوب <input type="checkbox"/> خشک <input type="checkbox"/> حاد <input type="checkbox"/> لوبوئید <input type="checkbox"/> اسپوروتریکوئید <input type="checkbox"/> بیش از ۱۰ عدد <input type="checkbox"/> منتشر <input type="checkbox"/> محل ضایعه: صورت <input type="checkbox"/> سروگردن <input type="checkbox"/> دست (مچ دست تا نوک انگشتان) <input type="checkbox"/> ساعد <input type="checkbox"/> بازو <input type="checkbox"/> تنه (بخشهای قدامی یا خلفی) <input type="checkbox"/> پا (مچ پا تا نوک انگشتان) <input type="checkbox"/> ساق <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> اندازه ضایعه: (اندازه بزرگترین ضایعه به سانتیمتر ثبت شود) تعداد ضایعات: طول مدت بروز ضایعه: (زمان را به ماه ثبت نمایید. منظور مدت زمان بین شیوع اولین علائم پوستی تا زمان تشخیص می باشد) و برای فاصله زمانی کمتر از یک ماه عدد صفر و در سایر موارد عدد صحیح بدون ممیز ثبت شود)
اطلاعات آزمایشگاهی	نتیجه اسمیر: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> آزمایش کشت انگل: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> آزمایش PCR: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> سایر آزمایشات تخصصی (در صورت مثبت بودن):
زمینه ای بیماری	بیماری زمینه ای: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نام بیماری زمینه ای: دیابت <input type="checkbox"/> فشار خون و/یا نارسایی قلبی <input type="checkbox"/> هپاتیت و/یا بیماریهای کبدی <input type="checkbox"/> سرطان ها و/یا شیمی درمانی <input type="checkbox"/> بیماریهای روماتیسمی و/یا مصرف کورتن <input type="checkbox"/> نارسایی کلیه <input type="checkbox"/> سوء تغذیه <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>
درمان نوع	رژیم درمانی تجویز شده: اندیکاسیون درمان ندارد (در نوع روستایی) <input type="checkbox"/> گلوکانتیم سیستمیک <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی <input type="checkbox"/> گلوکانتیم موضعی + کرایو <input type="checkbox"/> کرایو تراپی به تنهایی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
درمان عوارض	نوع عارضه: اقدام: تاریخ:/...../.....
نتیجه درمان (پایان درمان)	نتیجه درمان را در پایان درمان اعلام نمایید. نتیجه درمان: بهبود یافته <input type="checkbox"/> در حال بهبودی <input type="checkbox"/> غیبت از درمان <input type="checkbox"/> شکست درمان <input type="checkbox"/> مقاومت بالینی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> مدت درمان سیستمیک: کمتر از ۷ روز <input type="checkbox"/> ۷-۱۰ روز <input type="checkbox"/> ۱۱-۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۴-۱۸ روز <input type="checkbox"/> ۱۸-۲۱ روز <input type="checkbox"/> مدت درمان موضعی: ۴-۱ هفته <input type="checkbox"/> ۵-۸ هفته <input type="checkbox"/> ۹-۱۲ هفته <input type="checkbox"/> تاریخ اعلام نتیجه درمان:/...../.....
تکمیل مشخصات	نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ:/...../..... امضاء:

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۱: فرم ارجاع موارد مشکوک به سالک

جایگاه این فرم در هر واحد بهداشتی درمانی دولتی یا خصوصی که بیمار مراجعه می کند شامل مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی ، خانه بهداشت ، پایگاه بهداشتی ، تیم سیار ، بیمارستان ، مطب پزشکان خصوصی، درمانگاههای غیر دولتی ودر مانگاههای دولتی غیر وابسته (تامین اجتماعی، نیروی انتظامی، ارتش و.....) می باشد. خلاصه هر واحد یا کسی که بیمار مشکوک به سالک را چه بطور فعال وچه به طور غیر فعال شناسایی می کند مسئول تکمیل این فرم می باشد.

مورد مشکوک به سالک هر بیمار دارای ضایعه پوستی که بیش از ۱۴ روز طول کشیده باشد از ضایعات پاپول مانند تا ضایعات اولسراتیو ، ندول و.....می باشد . در مراکز فوق بیمار مشکوک شناسایی واین فرم در سه نسخه برای وی تکمیل می شود . سپس ضمن دادن آموزشهای لازم به بیمار درخصوص احتمال ابتلاء به سالک ، راه انتقال و لزوم انجام آزمایش ضایعه ، بیمار در اسرع وقت به آزمایشگاه مرکز پیشگیری ودرمان یالک به همراه نسخه اول ارجاع داده می شود. نسخه دوم: حد اکثر تا صبح روز بعد به مرکز پیشگیری ودرمان سالک تحویل یا ارسال می گردد ودر یک زونکن نزد هماهنگ کننده سالک شهرستان نگهداری می شود . در صورت مراجعه بیمار وپس از آنکه گردش کار لازم انجام شد(به قسمت گردش کار مراجعه شود) نسخه اول و دوم به یکدیگر منگنه شده ونگهداری می شود .

نسخه سوم :نزد مرکزی که بیمار یابی را انجام داده است نگهداری می شود.

در این فرم باید موارد ذیل بطور کامل تکمیل گردد.

شماره مسلسل بیمار نشان می دهد که مورد فوق چندمین مورد مشکوک در آن واحد درمانی است که بیمار را ارجاع می کند . برای مثال اگر در یک خانه بهداشت از روز اول فروردین تا ۱۵ خرداد ماه ۱۲ مورد ثبت کرده است مورد یعدی شماره مسلسل ۱۳ نوشته می شود تاریخ ارجاع بیمار به آزمایشگاه مرکز پیشگیری ودرمان سالک نوشته شود.

نام محل بیمار یابی (مرکز بهداشتی درمانی،خانه بهداشت، تیم سیار و.....)وشماره تلفن آن بطور کامل وواضح نوشته شود.

نشانی و شماره تلفن بیمار بطور کامل ثبت شود که به سهولت قابل شناسایی و دسترسی باشد.

شماره سالک شهرستان باید برای بیمارانی که درمانشان کامل شده ولی علائم بهبود پیدا نکرده است یا غیبت از درمان داشتند ومجددا مراجعه کرده اند ثبت شود.(شماره سالک شهرستان همان شماره ای است که در بدو تشخیص توسط پزشک هماهنگ کننده سالک برای هر بیمار مشخص وضمن ثبت در دفتر سالک شهرستان برای بیمار در نظر گرفته می شود.)

علت انجلم آزمایش باید مشخص شود اگر منظور انجام آزمایش اسمیر نمونه برای تشخیص می باشد باید خانه مقابل تشخیص را علامت زد ، ولی اگر در پایان درمان در مواردی که جواب به درمان نداده اند انجام می شود باید خانه مربوطه را علامت زد.

علائم بالینی نشان می دهد بیمار چه مدت است که ضایعه را دارد وبا چه شکل بالینی مراجعه کرده است برای مثال پاپول ، ندول، زخم و.....، تعدد ومحل ضایعات نیز ثبت می گردد .

منظور از سابقه ابتلاء قبلی به سالک این است که آیا شخص قبلا مبتلا شده است که هم با پرسش وهم با نتیجه معاینه بالینی تکمیل می شود ، تاریخ ابتلاء ذکر می گردد برای مثال ۴ ماه قبل یا یک سال قبل.

سابقه استفاده از رژیم درمانی استاندارد را ذکر کنید ، منظور از رژیم های توصیه شده در پروتکل می باشد که موضعی یا سیستمیک یا توام ذکر میشود ومدت درمان قبلی به روز نوشته می شود.

سابقه بیمار مشابه در خانواده بطور همزمان با بیماری در این فرد ذکر می شود.

نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم نوشته شده و امضاء می کنند.

قسمت زیر این فرم توسط آزمایشگاه تکمیل می شود . علاوه بر تاریخ نمونه برداری در آزمایشگاه شماره دفتر آزمایشگاه سالک نیز ثبت می شود. این شماره نشان دهنده تعداد افراد مشکوکی است که از ابتدای ان سال جهت انجام آزمایش ثبت شده اند .

در صورت منفی بودن یک اسمیر ، حد اقل ۲ اسمیر دیگر بررسی ودر صورت منفی بودن آنها حد اقل سه نمونه از قسمتهای مختلف ضایعه گرفته می شود ودر صورت نیاز نمونه های بیشتری تهیه می گردد در صورت مثبت بودن هر کدام نتیجه به عنوان مثبت با ضربدر ثبت می شود. ودر صورت منفی بودن همه اسمیر ها ، نتیجه آزمایشات اسمیر به عنوان منفی با ضربدر ثبت می شود.

در قسمت ملاحظات سایر اطلاعاتی که نیاز است توسط آزمایشگاه ثبت شود ، برای مثال نمونه گیری از چند ضایعه وغیره نوشته می شود.

پس از مشخص شدن نتیجه آزمایش این فرم جهت انجام اقدامات درمانی به همراه بیمار به هماهنگ کننده سالک شهرستان تحویل داده می شود. وتامراجعه بیمار در یک زونکن نگهداری می شود.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۲: دفتر ثبت بیماران مبتلا به سالک

این فرم بصورت دفتر چاپ می شود و در مرکز درمان پیشگیری سالک نگهداری می گردد. و پزشک هماهنگ کننده سالک، در مرکز مسئول تکمیل آن است. قابل ذکر است که محل استقرار پزشک هماهنگ کننده سالک در نزدیکی آزمایشگاه سالک باشد.

مهمترین بخش مراقبت بیماران دفتر ثبت بیماران مبتلا به سالک می باشد که مشخصات کامل بیماران، نوع بیماری روش درمان و نتیجه آن و سایر موارد ثبت می شود. لذا ثبت دقیق موارد ذکر شده در مورد وضعیت سالک در منطقه و اقدامات و نتیجه فعالیتهای صورت گرفته و تجزیه و تحلیل و گزارش از اهمیت خاصی برخوردار است.

شماره ردیف: به هر بیمار مبتلا به سالک که در دفتر سالک شهرستان ثبت می شود، شماره ای تعلق می گیرد که در کارت درمان به نام شماره سالک شهرستان ثبت می گردد. این شماره نشان می دهد که بیمار مزبور چندمین بیماری است که از روز اول سال تشخیص داده شده و در دفتر سالک شهرستان ثبت شده است. شماره سالک شهرستان توسط پزشک هماهنگ کننده سالک شهرستان تعیین و به واحد درمان کننده اعلام می شود. بیمار ثبت شده ممکن است مورد جدید، عود، شکست درمان، مقاوم، درمان بعد از غیبت یا سایر موارد باشد. لذا امکان دارد یک بیمار در طی یک سال بیش از یک بار ثبت گردد.

تاریخ ثبت: زمانی که بیمار بعنوان مورد قطعی مبتلا به سالک تشخیص داده شده و درمان برای وی شروع گردید ثبت می شود.

نام و مشخصات بیمار: بطور کامل و مشخص ثبت می گردد.

تعداد اعضای خانواده: منظور تعداد نفراتی است که در یک خانه یا واحد مسکونی با هم زندگی می کنند

آدرس محل سکونت و شماره تلفن: بخصوص نشانی فعلی چنان ثبت شود که به سهولت قابل شناسایی و دسترسی باشد.

نام شهر یا روستا: نام شهر یا روستاهایی را که طی یکسال گذشته حداقل برای یک شب در آنجا اقامت داشته است را بنویسید.

واحد ارجاع کننده: منظور هر واحد بهداشتی و درمانی، مطب خصوصی، بیمارستان و آزمایشگاه یا تیم سیار و... که بیمار را به مرکز درمان پیشگیری سالک ارجاع داده است می باشد.

طول مدت بروز ضایعه: منظور مدت زمان بین شروع اولین علائم پوستی تا زمان تشخیص می باشد این زمان به ماه نوشته می شود.

وجود اسکار قبلی: از بیمار در مورد سابقه ابتلا قبلی وجود اسکار پرسش و پس از معاینه در صورت مثبت بودن با ضربدر مشخص و سن ابتلا نوشته می شود.

ابتلا سایر افراد خانواده: از بیمار در مورد وجود بیماری مشابه در سایر افراد خانواده سوال می شود در صورت وجود بیماری مشابه و تعداد سایر افراد مبتلا ثبت شود و به بیمار جهت ارجاع افراد مبتلا آموزش داده شود. ضمناً در صورت عدم مراجعه آنها پس از ۴۸ ساعت بطور فعال نیز پیگیری انجام شود. در صورت بروز بیماری در سایر افراد خانواده در طی درمان نیز ثبت شده و اقدامات فوق صورت میگیرد.

زخم را می پوشانده: منظور پوشاندن زخم با پارچه یا پانسمان زخم قبل از مراجعه به مرکز می باشد که با ضربدر مشخص می شود.

مورد بیماری: مورد بیماری ثبت شده می بایست طبق تعاریف زیر مشخص و با ضربدر مشخص شود.

الف- جدید: موردی که برای اولین بار مبتلا به سالک شده است و در گذشته هیچگاه تحت درمان اختصاصی سالک قرار نگرفته است.

ب- عود: موردی که قبلاً یک دوره درمان کامل موضعی یا یک دوره درمان کامل سیستمیک دریافت کرده و نتیجه درمان هر یک از آنها بهبودی یا در حال بهبود بوده است، ولی علائم (هر گونه ضایعه) در محل ضایعات قبلی بیمار بازگشته است، در این موارد بایستی اسمیر ضایعه بررسی گردد. در مواردی که اسمیر منفی است و دسترسی به آزمایشگاه تخصصی وجود ندارد بیمار با نظر پزشک تحت درمان قرار می گیرد و به عنوان مورد عود در نظر گرفته می شود.

عود ۱- منظور عود بعد از درمان موضعی است. عود ۲- منظور عود بعد از درمان سیستمیک است.

پ- شکست درمان: موردی که ضایعه ۴ تا ۶ هفته پس از درمان دوره کامل موضعی یا یک دوره درمان کامل سیستمیک (شامل یک دوره درمان کامل موضعی یا یک دوره درمان کامل سیستمیک بعد از آن یک دوره کامل درمان سیستمیک به تنهایی) رو به بهبودی نیست و هنوز فعال است.

شکست درمان ۱- منظور شکست در مان بعد از درمان موضعی است. شکست درمان ۲- منظور شکست در مان بعد از درمان سیستمیک است.

در این موارد بایستی اسمیر ضایعه بررسی گردد و در مواردی که اسمیر منفی است و دسترسی به آزمایشگاه تخصصی وجود ندارد بیمار با نظر پزشک تحت درمان قرار می گیرد.

ت- مقاومت بالینی: موارد عود و شکست درمان که شش هفته بعد حداقل دودوره درمان کامل سیستمیک ضایعه فعال وجود داشته باشد به عنوان موارد مقاومت بالینی در نظر گرفته می شود (به منظور تأیید مقاومت دارویی بررسی های آزمایشگاهی اختصاصی لازم است).

ث- درمان بعد از غیبت: موارد زیر بعنوان غیبت از درمان در نظر گرفته می شود:

۱- بیمار تحت درمان سیستمیک که بیش از ۱۰ روز غیبت از درمان داشته است، و در هنگام مراجعه مجدد ضایعه فعال است (مواردی که کمتر از ۱۰ روز

غیبت داشته اند، درمان قبلی ادامه و تکمیل می شود).

۲- بیمار تحت درمان موضعی که یک نوبت درمان موضعی را بیش از یک هفته غیبت داشته است و در هنگام مراجعه ضایعه فعال می باشد (در مواردی که یک هفته یا کمتر غیبت داشته اند درمان قبلی ادامه و تکمیل می شود). طول غیبت در ملاحظات ثبت می گردد (بررسی اسمیر ضایعه لازم و در صورت منفی بودن اسمیر ضایعه با نظر پزشک درمان شروع می گردد).

ج- سایر موارد: هر مورد بجز موارد فوق با نظر پزشک درمان کننده در ملاحظات نوع آن شرح داده می شود. برای مثال موردی که قبلاً مبتلا و تحت درمان قرار گرفته و بهبود یافته ولی مجدداً در جای دیگر علائم ظاهر شده است (بررسی اسمیر ضایعه لازم و در صورت منفی بودن اسمیر ضایعه با نظر پزشک درمان شروع می گردد).

رژیم در مانی استفاده شده قبلی: در مورد بیماری که تحت عنوان مورد عود، شکست درمان، مقاوم، درمان بعد از غیبت و سایر موارد ثبت شده اند، رژیم درمانی شامل روش درمان (سیستمیک یا موضعی یا هر دو یا) نوع دارو یا روش درمانی (برای مثال کرایو)، مقدار و مدت مصرف شده قبلی نوشته شود.

مشخصات ضایعه: محل های مختلف ضایعه ذکر شود برای مثال گونه چپ، پشت انگشت سوم دست چپ و.....

اندازه ضایعه: اندازه زخم به سانتی متر ثبت شود. در صورتیکه ضایعات متعدد باشد، اندازه بزرگترین و کوچکترین ضایعه به سانتی متر ثبت شود. برای مثال ۴ سانتی متر و ۰/۳ سانتی متر.

تعداد ضایعات: در هر محل نوشته شود.

نتیجه اسمیر: نتیجه نمونه های بررسی شده بصورت ضربدر در ستون مثبت یا منفی مشخص می شود.

نتیجه آزمایشات تخصصی: در صورت انجام آزمایشات تخصصی شامل کشت انگل، آنتی بیوگرام انگل، PCR و..... نتیجه آن مثبت شود.

بیماری زمینه ای: وجود بیماری زمینه ای با ضربدر مشخص و نام برده شود. برای مثال، دیابت، HIV، بیماری قلبی و.....

درمان: رژیم درمانی تجویز شده شامل سیستمیک یا موضعی، نوع و مقدار مصرف روزانه ثبت می گردد. بعلاوه روش های دیگر درمانی شامل، کرایو، تعداد دفعات آن در هفته و طول مدت درمان پیش بینی شده مشخص می شود.

از این قسمت در طی دوره درمان و پس از آن و بر اساس اطلاعات ثبت شده در کارت درمان تکمیل می شود

عوارض در مان: تاریخ بروز عارضه، نوع آن و اقدام انجام شده ذکر می گردد

عوارض بیماری: تاریخ بروز عارضه، نوع عارضه شامل، عفونت باکتریایی ثانویه سطحی و عمقی، کزاز، تغییر شکل در ارگانهای حساس مثل انتروپیون، سوراخ شدن بینی، تغییر شکل صورت و..... ممکن است در ابتدای درمان یا طی درمان یا پس از پایان درمان عوارض بیماری اتفاق افتد که ذکر می شود.

مدت درمان: طول مدت درمان به روز مشخص و ذکر می گردد (از شروع درمان تا قطع درمان منظور، آخرین دوز دارو یا انجام اقدام در مانی می باشد).

نتیجه در مان:

چون بیمار بعنوان مخزن شناخته شده لذا عاقبت بیماری و در واقع عاقبت مخزن از اهمیت خاصی برخوردار است، در واقع بیمار یابی انجام و مورد ثبت می شود تا مخزن بیماری را بتوان از بین برد لذا ثبت نتیجه در مان می تواند به عنوان نتیجه فعالیت ها مورد ارزیابی قرار گیرد. تعاریف نتیجه درمان با ضربدر مشخص می شود.

الف- بهبود یافته: موردی که ضایعه در طی در مان بهبود یافته است.

ب- در حال بهبودی: موردی که درمان کامل شده اندوراسیون کمتر، قطر ضایعه کوچکتر و شروع اسکار مشهود است.

پ - شکست درمان: در صورتی که ضایعه ۴ تا ۶ هفته پس از درمان دوره کامل موضعی یا یک دوره درمان کامل سیستمیک رو به بهبودی نیست و هنوز فعال است.

ت- مقاومت بالینی: موارد عود و شکست درمان که شش هفته بعد از حد اقل دودوره کامل سیستمیک ضایعه فعال وجود داشته باشد به عنوان موارد مقاومت بالینی در نظر گرفته می شود (به منظور تأیید مقاومت داروئی بررسی های آزمایشگاهی اختصاصی لازم است).

ث- غیبت از درمان: موارد زیر به عنوان غیبت از درمان در نظر گرفته می شود:

۱- بیمار تحت در مان سیستمیک که بیش از ۱۰ روز غیبت از درمان داشته است، (موردی که کمتر از ۱۰ روز غیبت داشته اند، درمان قبلی ادامه و تکمیل می شود).

۲- بیمار تحت درمان موضعی که یک نوبت درمان موضعی را بیش از یک هفته غیبت داشته است (در مواردی که یک هفته یا کمتر غیبت داشته اند در مان قبلی ادامه و تکمیل می شود). طول مدت غیبت در ملاحظات ذکر می گردد.

ج- سایر موارد: موارد دیگر بجز موارد فوق، برای مثال انتقال به شهرستان دیگر، فوت شده و یا موارد استثناء که از ادامه درمان خودداری می کنند ولی تحت نظر می باشند و بطور مرتب هر ۷ تا ۱۰ روز برای گرفتن وسایل پانسمان مراجعه می کنند (در ملاحظات توضیح داده شود).

در موارد در حال بهبودی یا موارد استثناء که احتمالاً از پیگیری درمان سر باز می زنند:

مدت تحویل وسایل پانسمان تا عاقبت بیماری به ماه، هفته و روز ذکر گردد.

در این موارد عاقبت بیماری ذکر شود.

ملاحظات: هر نکته ای که در مورد بیمار اتفاق افتاده ولی در دفتر ثبت وجود ندارد نوشته می شود، برای مثال توضیحات سایر موارد در هنگام ثبت بیمار ، مدت زمان و تاریخ غیبت از درمان، فوت بیمار در طی درمان یا علت تغییر رژیم درمانی بدلیل محدودیتهای درمانی یا عوارض داروی قبلی ورژیم جدید درمان و..... نوشته می شود بعلاوه علت عدم انجام اسمیر مستقیم نیز ذکر می گردد.

بهتر است در هنگام تهیه دفتر ثبت بیماران مبتلا به سالک پس از هر چند صفحه ، دستور العمل تکمیل آن در یک صفحه مجزا نوشته شود، تادسترسی به تکمیل آن آسان باشد.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۳: کارت در مان سالک

کارت درمان سالک معادل پرونده بیمار مبتلا به سالک است و قسمت قبل از جدول زمانبندی درمان بایستی توسط پزشک هماهنگ کننده سالک یا پزشک مرکز درمان کننده تکمیل گردد. با توجه به اینکه اطمینان از مصرف روزانه دارو توسط بیمار منجر به بهبودی وی و در اکثر موارد از بین رفتن مخزن بیماری می گردد و از طرف دیگر پانسمان روزانه توسط بیمار نیز مانع آلوده شدن ناقل بیماری می شود، از اهمیت خاصی برخوردار می باشند به همین دلیل ثبت دقیق مصرف داروها و پانسمان روزانه نشان دهنده موفقیت در موارد فوق می باشد.

کارت درمان در بخش تزریقات و پانسمان نگهداری و ضمن تجویز درمان روزانه و پانسمان روزانه بطور صحیح نیز ثبت می گردد.

۱- نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ شروع درمان، نام مرکز درمان کننده، جنسیت بیمار، سن، وزن، ملیت و تعداد افراد خانواده بطور دقیق ثبت می گردد.

۲- شماره سالک شهرستان بدقت ثبت شود (به هر بیمار مبتلا به سالک که در دفتر سالک شهرستان ثبت می شود، شماره ای تعلق می گیرد که شماره سالک شهرستان او نامیده می شود. این شماره نشان می دهد که بیمار مزبور چندمین بیمار است که از روز اول سال تشخیص داده شده و در دفتر سالک شهرستان ثبت شده است.)

۳- آدرس کامل محل سکونت فعلی و شماره تلفن بیمار جهت پیگیری در صورت غیبت بیش از ۴۸ ساعت بدقت نوشته می شود.

۴- آدرس کامل یکی از نزدیکان بیمار و شماره تلفن در موردی که آدرس بیمار شناسایی نشود برای پیگیری بعدی نوشته می شود.

۵- سابقه ابتلا به سالک با ضربدر مشخص شود.

۶- ابتلا سایر افراد خانواده با ضربدر مشخص و اقدام انجام شده در مورد موارد مبتلا در خانواده نوشته شود.

۷- مورد بیمار شامل جدید، عود، شکست درمان، مقاوم، درمان بعد از غیبت و سایر موارد بدرستی به وسیله ضربدر مشخص شود.

۸- نتیجه و تاریخ انجام آزمایش اسمیر در شروع درمان نوشته شود. بدیهی است در صورت مثبت بودن هریک از اسمیر ها ی تهیه شده ذکر مثبت بودن کافی است. در صورت انجام آزمایشات تخصصی شامل کشت، PCR و..... نوع آن، محل، تاریخ انجام آن و نتیجه آزمایش نوشته شود.

۹- در قسمت روش در مانی با توجه به متن کتاب، روش تجویز سیستمیک مشخص شود و در نوع سیستمیک مقدار گلو کانتیم، تعداد دفعات روزانه که معمولاً یک نوبت تجویز می شود و طول مدت پیش بینی شده درمان مشخص شود.

در رژیم در مانی موضعی استفاده از گلو کانتیم موضعی و کرایو در مربع مربوطه ضربدر زده می شود. مقدار گلو کانتیم مصرف شده موضعی، فاصله بین تزریقات و طول مدت پیش بینی شده نوشته می شود. بعلاوه فاصله بین هر بار کرایو و طول مدت کرایو توراپی پیش بینی شده نوشته می شود.

بدیهی است ممکن است فرد بطور همزمان هم رژیم درمانی موضعی و هم رژیم درمانی سیستمیک را استفاده کند (به بخش درمان مراجعه شود).

سایر روشهای درمانی یا دارو های تجویز شده بطور دقیق نوع و مقدار آنها و طول مدت ثبت می شود.

۱۰- جدول زمانی درمان: این قسمت توسط کارکنان بخش پانسمان و تزریقات مرکز تکمیل می شود. در صورت تجویز گلو کانتیم عضلانی در خانه مربوطه عدد ۱، تزریق گلو کانتیم موضعی در خانه مربوطه عدد ۲، استفاده از کرایو عدد ۳ نوشته شود. برای مثال فلو کونازول عدد ۴ انتخاب می شود. با توجه به اهمیت استفاده از پانسمان روزانه ن استفاده از پانسمان روزانه با خط ممتد مدادی ثبت شود.

ردیفهای افقی دارای ۳۱ خانه و هر ردیف مربوط به یک ماه می باشد. اگر بیماری در تاریخ ۱۲ شهریور ماه تشخیص داده شد، درستون اول شهریور ماه نوشته شده و در ستون ۱۲، عدد مناسب مربوط به داروی تجویز شده ثبت و خط ممتد مربوط به پانسمان روزانه کشیده می شود. در صورت عدم استفاده از هریک، عدد مربوطه نوشته نمی شود و در صورتی که پس از آموزش های لازم دارو به بیمار داده شد (دوبار در هفته و یا هفتگی) و بیمار خارج از مرکز تحت در مان قرار گرفت خط ممتد کشیده شود. بدیهی است در زمان تجویز یا تحویل دارو نظارت بر مصرف آن می شود و عدد مناسب در خانه مربوطه نوشته می شود.

نظر به اینکه تزریق روزانه یا موضع ۸ی یا سایر روشهای درمانی در مرکز درمان پیشگیری سالک صورت می گیرد بهتر است.

ثبت عدد مربوط به تزریق موضعی یا سایر روشهای درمانی توسط فردی که این اعمال را انجام می دهد صورت می گیرد. در صورت مشاهده عوارض بیماری یا دارو مسئول تزریقات موظف است بیمار را به پزشک ارجاع دهد. اگر عوارض ایجاد نشد بیمار به همراه کارت درمان در پایان درمان به پزشک ارجاع می گردد.

۱۱- اگرچه تاریخ قطع درمان در دروی جدول زمانبندی درمان مشخص می شود لازم است در زیر جدول نیز این تاریخ به روز، ماه و سال ذکر شود.

۱۲- تمامی اقدامات انجام شده پس از بیمار یابی جهت بهبود بیمار است. لذا عاقبت درمان بیمار براساس تعاریف ذکر شده بوسیله ضربدر مشخص می شود.

الف- بهبود یافته: موردی که ضایعه در طی درمان بهبود یافته است.

- ب- در حال بهبودی: موردی که درمان کامل شده اندوراسیون کمتر، قطر ضایعه کوچکتر و شروع اسکار مشهود است.
- پ- شکست درمان: در صورتی که ضایعه ۶ تا ۶ هفته پس از درمان دوره کامل موضعی یا یک دوره درمان کامل سیستمیک رو به بهبودی نیست و هنوز فعال است (در طی این مدت پنسمان ضایعه لازم است)
- ت- مقاومت بالینی: موارد عود و شکست درمان که ۶ هفته بعد از حد اقل دو دوره درمان کامل سیستمیک ضایعه فعال وجود داشته باشد به عنوان موارد مقاومت بالینی در نظر گرفته می شود. در طی این مدت اقدامات پانسمان ضایعه بایستی انجام شود.
- ث- غیبت از درمان: موارد زیر بعنوان غیبت از درمان در نظر گرفته می شوند:
- ۱- بیمار تحت درمان سیستمیک که بیش از ۱۰ روز غیبت از درمان داشته است، (مواردی که کمتر از ۱۰ روز غیبت داشته اند، درمان قبلی ادامه و تکمیل می شود)
 - ۲- بیمار تحت درمان موضعی که یک نوبت درمان موضعی را بیش از یک هفته غیبت داشته است (در مواردی که یک هفته یا کمتر غیبت داشته اند، درمان قبلی ادامه و تکمیل می شود). طول مدت غیبت در ملاحظات ذکر می گردد.
 - ج- سایر موارد: موارد دیگر بجز موارد فوق، برای مثال انتقال به شهرستان دیگر، فوت شده و یا موارد استثناء که از ادامه درمان خودداری می کنند ولی تحت نظر می باشند و بطور مرتب هر ۷ تا ۱۰ روز برای گرفتن وسایل پانسمان مراجعه می کنند (در ملاحظات توضیح داده شود).
- ۱۳- در قسمت توضیحات هر نکته دیگر بجز موارد ذکر شده در روی کارت درمان نوشته می شود. از جمله در صورتی که بیمار تحت درمان مجدد قرار گرفته است، شماره سالک شهرستان قدیمی که برای او در دفتر سالک شهرستان در نظر گرفته شده، ذکر می گردد، بعلاوه عوارض بیماری و اقدامات درمانی آن و یا عوارض درمان و اقدامات صورت گرفته بطور دقیق نوشته می شود همچنین در صورتی که اسمیر انجام نشده ذکر و علت عدم انجام اسمیر نوشته می شود.
- ۱۴- پشت کارت: در مواردی که ضایعه در حال بهبودی است یا موارد استثناء که بیمار از ادامه درمان خودداری می کند پشت کارت تکمیل می شود. بیمار هر یک هفته تا ۱۰ روز برای گرفتن وسایل پانسمان مراجعه می کند و در هر مراجعه در ستون نوبت مراجعه سایر اطلاعات شامل وضعیت ضایعه از نظر فعال یا در حال بهبودی بودن، و تاریخ آن نوبت ثبت می گردد.
- ۱۵- پس از پایان درمان کارت بیمار توسط فرد تکمیل کننده فرم امضاء می شود و به پزشک هماهنگ کننده سالک تحویل داده می شود و در زونکن خاصی نگهداری می شود.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۴: کارت همراه بیمار

این فرم بصورت کارت مقوایی چاپ می شود. و در موقع شروع درمان وثبت در دفتر سالک شهرستان و صدور کارت درمان توسط پزشک مرکز تنظیم و به بیمار تحویل می گردد و به بیمار تاکید می شود تا پایان درمان این کارت را همراه داشته باشد و در هر بار مراجعه ان را ارائه دهد تا موارد لازم در کارت همراه بیمار نوشته شود. در صورت مراجعه بیمار به شهرستان دیگر کارت همراه خود را جهت ادامه درمان ارائه می نماید، در شهرستان جدید با توجه به آدرس مرکز درمان پیشگیری سالک شهرستان اول که درمان بیمار را شروع کرده است، تماس گرفته می شود تا مراجعه بیمار به مرکز جدید در دفتر سالک شهرستان اولیه ثبت شود.

روی کارت شامل دو قسمت است، قسمت اول توسط پزشک مرکز تنظیم می گردد و قسمت دوم در صورت نیاز به ویزیت توسط پزشک در طی درمان تکمیل می گردد، در قسمت دوم تاریخ ویزیت، علت اقدام انجام شده بطور دقیق نوشته می شود و سایر موارد در توضیحات ذکر می گردد. پشت کارت حاوی نکات آموزشی است که باید به بیمار منتقل شود لذا برحسب لزوم اقداماتی که صورت می گیرد تکمیل می گردد.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۶: پیگیری موارد قطع درمان

این فرم در ۲ نسخه تکمیل می گردد یک نسخه در مرکز بهداشت شهرستان یا مرکز درمان پیشگیری سالک و یک نسخه در مرکز درمان کننده نگهداری می شود.

هر بیماری که در دفتر سالک شهرستان ثبت می شود بایستی بطور کامل تحت درمان قرار بگیرد و در صورتی که برای دریافت هر دوز دارو مراجعه نکند بصورت تلفنی به او و اعضای خانواده اش اطلاع داده می شود در صورت عدم مراجعه به مدت ۲ روز (۴۸ ساعت) بایستی در روز سوم بطور فعال توسط کارشناس یا تکنسین بیماریها پیگیری شود که ایشان به همراه کارت درمان (فرم شماره ۳) ابتدا به آدرس خود بیمار و در صورتی که بیمار پیدا نشد به آدرس یکی از بستگان بیمار رفته و با آموزش چهره به چهره به بیمار و اطرافیان او توصیه کرده تا بیمار برای ادامه درمان مراجعه نماید ضمن آنکه یک دوز یک روزانه درمان نیز تجویز می گردد (در صورت تجویز گلو کانتیم تجویز عضلانی) و دوز تجویز شده در کارت درمان ثبت می گردد، در صورتی که بیمار ۵ روز پس از آخرین دوز دارویی غیبت نمود نتیجه درمان او غیبت از درمان ثبت می گردد.

قسمت اول: شامل مشخصات بیمار، تاریخ شروع درمان و شماره سالک شهرستان و نام مرکز درمان کننده و آدرس بیمار و یکی از نزدیکان او می باشد. بعلاوه مدت در مان به روز و تاریخ قطع درمان نیز ذکر می شود. در صورتی که نیاز به ثبت مورد دیگر می باشد در قسمت توضیحات نوشته می شود. قسمت دوم: توسط کارشناس یا تکنسین بیماریها که پیگیری را انجام داده تکمیل می شود. تاریخ پیگیری شامل ایام هفته و تاریخ آن ذکر شود، نتیجه پیگیری شامل همه اقدامات انجام شده از جمله آموزش بیمار و خانواده و تجویز دارو و غیره ثبت می شود.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۷: گزارش ماهانه موارد مبتلا به سالک

این فرم از روی دفتر سالک شهرستان و توسط پزشک هماهنگ کننده سالک شهرستان بطور ماهانه تکمیل و لغایت هفتم ماه بعد به مرکز بهداشت استان و لغایت پانزدهم به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد.

جدول شماره ۱: موارد اسمیر مثبت به تفکیک جنس نوشته و جمع آنها (الف و ب) در جمع ۱ نوشته می شود.

موارد اسمیر منفی آنهایی که براساس علائم بالینی تشخیص داده شده اند و تحت درمان قرار گرفته اند یا اسمیر ضایعه انجام نشده است به تفکیک جنس (پ و ت) و یا براساس آزمایشات تخصصی به تفکیک جنس (ث و ج) نوشته می شود و جمع آنها (پ، ت، ث و ج) در جمع ۲ نوشته می شود.

قابل ذکر است چنانچه در مورد بیماری هم آزمایش اسمیر وهم آزمایشات تخصصی انجام شده است فقط در قسمت آزمایش اسمیر گزارش می شود مگر اسمیر منفی باشد و آزمایش تخصصی مثبت گزارش شود، که در این صورت فقط در تشخیص براساس آزمایش تخصصی ذکر شود.

در قسمت جمع ۳، مجموع تعداد موارد مرد با اسمیر مثبت و اسمیر منفی و آزمایش تخصصی (الف، پ، ث) و زن با اسمیر مثبت و اسمیر منفی و آزمایش تخصصی (ب، ت، ج) نوشته می شود

مجموع کل موارد جدید شامل جمع ۱، جمع ۲ (یا مجموع زن و مرد جمع ۳) در قسمت جمع کل موارد ۴ نوشته می شود.

جدول شماره ۲: موارد جدید سالک (جدول شماره ۱، جمع کل ۴) به تفکیک سن و جنس مشخص و نوشته می شود بدیهی است که مورد ۱ و ۲ بایستس با جمع ۳ در جدول شماره ۱، و مورد ۳ با جمع کل ۴ در جدول شماره ۱ یکسان باشد.

جدول شماره ۳: تعداد موارد درمان بعد از غیبت، شکست درمان، عود، مقاوم و سایر موارد و جمع آنها براساس سن و جنس نوشته می شود.

جدول شماره ۴: تعداد ضایعات سالکی به تفکیک جنس در موارد جدید مبتلا به سالک (جدول شماره ۱) مشخص و نوشته می شود، بدیهی است جمع آنها با جمع ۴ در جدول شماره ۱ مساوی است.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۵: دفتر ثبت نتایج آزمایشگاهی سالک

این فرم بصورت دفتر چاپ و در آزمایشگاه سالک مورد استفاده قرار می گیرد. نکات مهم در تکمیل این فرم آن است که:

- ۱- اولین مورد در ابتدای سال شماره ۱ ثبت می شود و تا پایان سال ادامه می یابد.
- ۲- حداقل تعداد نمونه های تهیه شده از هر مورد مشکوک ۳ نمونه می باشد که بعضا به علت تعداد ضایعات ممکن است نمونه ها بیشتر باشد. از هر نمونه ۳ اسمیر تهیه می شود.
- ۳- بطور روشن و واضح مشخص شود (بوسیله ضربدر) که مورد جدید است یا بقیه موارد شامل عود، شکست درمان، غیبت از درمان، مقاوم یا سایر موارد می باشند.
- ۴- در صورت مثبت شدن حتی یک اسمیر از نمونه های تهیه شده از ضایعات نتیجه آزمایش بصورت مثبت و در صورت عدم مشاهده انگل منفی نوشته می شود.
- ۵- منظور از سایر آزمایشات تخصصی شامل کشت، PCR، می باشد که در صورت انجام نوع آزمایش، و نتیجه آن در ستون مربوطه ذکر می گردد.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۸: گزارش عوارض بیماری سالک و در مان بیماران

در صورت بروز عارضه خود سالک یا درمان تجویز شده که مجبور به قطع یا تغییر رژیم درمانی شدید نوع عارضه بیماری یا رژیم درمانی و عوارض آن اقدامات صورت گرفته بطور کامل نوشته می شود. در صورت بروز عوارض دارویی در بیماران در طی ماه این فرم تکمیل و در پایان هر ماه همراه فرم شماره ۷ ارسال می گردد.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۹: گزارش ماهانه نتایج درمان بیماران مبتلا به سالک ثبت شده در ۶-۵ ماه قبل

هدف از گزارش این فرم، ارزیابی نتایج درمان بیماران مبتلا به سالک است که نشان دهنده موفقیت برنامه کنترل درمانی بیماران است و بخصوص در موارد مبتلا به سالک نوع شهری به عنوان مخزن بیماری می باشند لذا ثبت نتیجه درمان از اهمیت خاصی برخوردار است. دقت گردد گزارش نتیجه درمان تعداد بیماران ثبت شده در هر ماه، با تعداد موارد گزارش شده مربوط به آن ماه توسط فرم شماره ۷ یکسان باشد. این فرم هر ۲ ماه یکبار تکمیل و مطابق جدول زیر ارسال می شود.

زمان ثبت بیماری	زمان گزارش دهی
فروردین	شهریور
اردیبهشت	مهر
خرداد	آبان
تیر	آذر
مرداد	دی
شهریور	بهمن
مهر	اسفند
آبان	فروردین سال بعد
آذر	اردیبهشت سال بعد
دی	خرداد سال بعد
بهمن	تیر سال بعد
اسفند	مرداد سال بعد

ستون اول : مربوط به مورد بیماری در هنگام ثبت بیمار است.

ستون دوم : تعداد کل مبتلایان به سالک براساس جنس و جمع آنها و در هر ردیف براساس مورد بیماری مشخص می شود.

ستونهای ۱ الی ۶: مربوط به نتیجه درمان موارد بیماری در هر ردیف می باشد که تعداد آنها در این ستونها نوشته می شود. ستون آخر جمع آنها می باشد .

ردیف آخر : جمع تعداد کل مبتلایان به سالک در ماه فوق و جمع نتایج در مان آنها نوشته می شود.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۱۰: فرم آموزش خانواده ها و سم پاشی

با توجه به هماهنگی های انجام شده با مرکز بهداشت شهرستان در مورد آموزش خانواده بیمار و همسایگان او و سم پاشی و توزیع پشه بند ، مشخصات بیمار تکمیل و به ناظر تیم تحویل داده می شود.

در هر مورد تشخیص داده شده طبق پروتوکل بطور فعال به درب منزل بیمار رفته و ضمن آموزش خانواده بیمار و همسایگان او ، بیمار یابی فعال در آن خانواده ها صورت گرفته ، و سم پاشی انجام و براساس تعداد نفرات پشه بند توزیع و روش استفاده صحیح آموزش داده می شود.

این فرم برای هر بیمار تکمیل می گردد . نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره سالک شهرستان ، تاریخ تشخیص ، آدرس بیمار بطور صحیح نوشته می شود.

نام افراد تیم سم پاش و مسئول یا ناظر تیم که عهده دار آموزش خانواده ها می باشد ثبت می شود. تاریخ مراجعه و تعداد خانواده هایی که آموزش داده شده و در خانه آنها سم پاشی صورت گرفته و به آنها پشه بند داده شده طبق پروتوکل ثبت می شود .

در صورتی که در بین این خانواده ها بیمار مبتلا به سالک وجود داشت که ثبت نشده بود ضمن آموزش به او فرم بیمار یابی تکمیل می شود(به دستور العمل تکمیل فرم بیمار یابی مراجعه شود). علت عدم تکمیل فرم بیمار یابی نوشته می شود.

نام سم ، شکل سم پودریا مایع، و روش رقیق کردن بطور صحیح نوشته می شود .

تعداد خانه های سم پاشی شده شامل خانه بیمار و خانه های همسایگان طبق پروتوکل مشخص می گردد .

در صورت نیاز به سمپاشی در خارج از خانه ها محل های آنها و وسعت مکان سم پاشی به متر مربع در این مکان ها ثبت می شود.

مقدار سم استفاده شده به گرم ذکر می شود.

محل های باقیمانده و نام افراد مراجعه کننده برای سم پاشی مجدد تاریخ سم پاشی مجدد نوشته می شود.

تعداد پشه بندهایی که به این خانوارها داده شده است براساس تعداد افراد خانوار نوشته می شود و در پایان مسئول یا ناظر تیم صحت مطالب فوق را امضاء می کند .

این فرم پس از تکمیل در مرکز درمان و پیشگیری سالک نگهداری می شود.

در صورتی که سم پاشی بدون ارتباط با موارد بیماری انجام شده است نیز این فرم تکمیل می شود.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۱۱: فرم گزارش ماهانه آموزش خانواده ها و سم پاشی

هماهنگ کننده سالک شهرستان براساس فرم های تکمیل شده شماره ۱۰ بطور ماهانه این فرم را تکمیل می کند و اطلاعات آن در یک ردیف در این فرم ثبت می شود . که شامل نام شهرستان، تعداد بیماران ثبت شده در ماه مربوطه، تعداد خانواده های آموزش داده شده ، و تعداد بیماران کشف شده در این خانواده ها ،

نام سم استفاده شده، تعداد خانه های سم پاشی شده ، مساحت خارج از خانه های سم پاشی شده ، مقدار سم استفاده شده به کیلو گرم در آن ماه نوشته می شود. تعداد کارگر سم پاش به روز، تعداد ناظر به روز، و تعداد پشه بند توزیع شده در آن ماه می باشد.

کارشناس مسئول بیماریهای استان پس از جمع بندی گزارشات شهرستانها حد اکثر لغایت پانزدهم ماه بعد این فرم را تکمیل و به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می کند.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۱۲: فرم گزارش کنترل جوندگان

این فرم در ۲ نسخه تکمیل که یکی از آنها در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت استان ارسال می شود.

در هر نوبت جونده کشی این فرم توسط مسئول یا ناظر تیم جونده کشی براساس دستورالعمل کنترل مخزن در نوع سالک روستایی ، تکمیل می گردد.

نام روستا یا محله ای که در آن اقدام به جونده کشی می شود ثبت می گردد. تعداد بیماران مبتلا به سالک در این روستا یا محله در سال قبل و همچنین تعداد بیماران مبتلا به سالک در این روستا یا محله در سال جاری تازمان جونده کشی ثبت می گردد.

تعداد خانوار ساکن در آن روستا یا محله ذکر می شود . تعداد افراد تیم جونده کش شامل داوطلبین و غیره نوشته می شود . تاریخ شروع تخریب ، و تاریخ اتمام تخریب لانه ها ، نام سم جونده کش مورد استفاده، و روش تهیه طعمه مسموم بطور خلاصه نوشته می شود. تاریخ تهیه طعمه مسموم ، و مقدار آن به کیلو گرم ثبت می گردد.

تاریخ شروع طعمه گذاری و تاریخ اتمام طعمه گذاری نوشته می شود.

در پایان نام و نام خانوادگی مسئول جونده کشی نوشته و ایشان امضاء می کنند.

و این فرم در هر بار تکمیل به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد.

دستور العمل تکمیل فرم شماره ۱۳: فرم گزارش ماهانه کنترل جوندگان

این فرم توسط مرکز بهداشت استان براساس فرم های شماره ۱۲ ارسال شده از مراکز بهداشت شهرستان ها تکمیل و به صورت ماهانه به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می شود.

نام شهرستانها نوشته شده ، تعداد محله ها یا روستاهایی که جونده کشی انجام شده نوشته می شود . نوبت جونده کشی در هر شهرستان (اول، دوم، سوم یا چهارم) نوشته می شود، در صورتی که در یک شهرستان دو یا چند نوبت مختلف جونده کشی انجام می شود ذکر گردد.

تعداد افراد تیم های شرکت کننده در آن ماه در فعالیت جونده کشی نوشته می شود. نام سم جونده کش و مقدار مصرف شده نوشته می شود . مقدار طعمه مسموم مصرف شده نیز نوشته می شود. سطح جونده کشی به متر مربع هم نوشته می شود.

فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک

از تاریخ/...../..... لغایت:...../...../.....

(۸) درصد تحقق بازدیدها	(۷) تعداد بازدید انجام شده	(۶) ذکر دلایل عدم گزارش	(۵) جمع موارد فلج شل حاد و سرخک				(۴) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک در مدارک پزشکی بیماران سرپایی				(۳) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک در مدارک پزشکی بیماران بستری				(۲) تعداد بخشهای موجود	(۱) بخشها
			گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده			
			سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد		
															عفونی	
															توانبخشی	
															مدارک پزشکی	
															اعصاب	
															کودکان	
															کلینیک سرپایی بیمارستان واورژانس	
															جمع	

• اگر موردی از بیماریهای فوق یافت نشد ، در ستون های ۳ و ۴ و ۵ عدد صفر منظور گردد. نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان.....

امضاء :

دستور العمل: صفحه ۷ از برنامه کشوری فلج اطفال

فرم گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن رده محیطی

ضمیمه ۲

همکار محترم:

- بیمارستان:

- فیزیوتراپی:

- مرکز بهداشتی درمانی شهری:

- مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

- خانه بهداشت:

ماه: سال:

- مطب:

- تیم سیار:

- پایگاه بهداشتی:

- اردوگاه مهاجران:

خواهشمند است در صورت مشاهده موارد بیماریهای زیر مراتب را با ذکر مشخصات و نشانی دقیق به مرکز بهداشت متبوع خود گزارش فرمائید در صورت عدم مشاهده بیماری ذکر موارد صفر این بیماریها الزامی است.

نشانی	در صورت بروز موارد			موارد صفر	تعداد موارد	موارد مظنون بیماری
	تاریخ بروز علائم	سن	نام و نام خانوادگی			
						فلج شل حاد
						سرخک
						سرخجه مادرزادی
						کزاز نوزادی
						دیفتری
						سیاه سرفه
						مننژیت
						عوارض جانبی ناشی از واکسن

امضاء:

نام و نام خانوادگی فرد گزارش دهنده:

گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

استان:.....

شهرستان:.....

کد بهداشت:.....

دانشگاه / دانشکده:.....

شماره:

تاریخ:...../...../.....

ماه:..... سال:.....

ردیف	نام واحد	تعداد موجود	تعداد واحدهایی که گزارش آنها اصل شده است	فلج شل حاد		سرخک		کزاز نوزادی		دیفتری		سیاه سرفه		عوارض جانبی ناشی از واکسن	
				تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر
۱	بیمارستانهای دولتی و خصوصی														
۲	زایشگاهها														
۳	فیزیوتراپی														
۴	مراکز بهداشتی درمانی شهری														
۵	مراکز بهداشتی درمانی روستایی														
۶	خانه های بهداشت														
۷	تیم سیار														
۸	مطب های پزشکان														
۹	پایگاههای بهداشتی														
۱۰	اردوگاههای مهاجرین														

نام و نام خانوادگی:.....

امضاء:.....

دستور العمل: صفحه ۹ برنامه کشوری فلج اطفال

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک سرخک

دانشگاه/دانشکده:

مرکز بهداشت شهرستان:

منطقه: (۱- شهری ۲- روستایی ۳- نامشخص)

منبع گزارش: (۱- خانه بهداشت ۲- مرکز بهداشتی درمانی ۳- بیمارستان دولتی ۴- بیمارستان خصوصی ۵- مطب ۶- درمانگاه خصوصی ۷- آزمایشگاه ۸- سایر ۹- نامشخص)
تاریخ دریافت گزارش:
تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:

مشخصات بیمار: * کدشناسایی بیمار: نام و نام خانوادگی: کد ملی: کد پستی: نام پدر: جنس: (۱- مذکر ۲- مونث)
تاریخ تولد: سن برحسب سال و ماه: ملیت:
آدرس محل سکونت:
تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخک/سرخچه/ MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت):

MR		MMR		سرخچه		سرخک	
آخرین نوبت	نوبت اول	آخرین نوبت	نوبت اول	آخرین نوبت	نوبت اول	آخرین نوبت	نوبت اول

یافته های بالینی:

تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات: (۱- ماکولوپاپولر ۲- وریکولر ۳- سایر) علائم: تب: (۱- دارد ۲- ندارد ۳- نامشخص) تاریخ شروع تب: سرفه آبریزش از بینی
قرمزی ملتحمه چشم سایر:
آیا بیمار بستری شده است: بلی خیر نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی: تاریخ بستری:
آیا بیمار فوت شده است: بلی خیر تاریخ فوت: علت مرگ:

منبع احتمالی عفونت: ۱- ایادر طول ۲۱ تا ۲۷ روز قبل از شروع بثورات سابقه مسافرت داشته است؟ به کجا

۲- آیا در طول ۲۱ تا ۲۷ روز قبل از شروع بثورات تماس با مورد قطعی سرخک داشته است؟

۳- آیا مورد قطعی سرخک در این منطقه قبل از بروز این مورد وجود داشته است؟

یافته های آزمایشگاهی: نتیجه آزمایشات پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل می گردد:

- ۱- تاریخ نمونه گیری خون: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:
- ۲- تاریخ نمونه گیری ادرار: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:
- ۳- تاریخ نمونه گیری گلو: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

طبقه بندی نهایی: تاریخ طبقه بندی نهایی:

مردود تأیید شده (۱- سرخک ۲- سرخچه ۳- پاروو ویروس B19) منبع عفونت: (۱- بومی ۲- وارده ۳- مرتبط با سرخک وارده ۴- منبع نامعلوم ۵- واکسینال)
تأیید شده به وسیله: (۱- آزمایشگاه ۲- بالینی ۳- اپیدمیولوژیک)

مشخصات تیم بررسی کننده:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضاء:
نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضاء:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی: امضاء:

شماره مورد:

مرکز بهداشت استان:

سال:

فرم بررسی موارد فلج شل حاد

۱- مشخصات مورد : نام و نام خانوادگی :		شهرستان:	استان:	کد عرضه خدمات:	ملیت:
ادرس کامل:		تاریخ تولد:...../...../..... سن درموقع ابتلاء:.....سال		جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>	
۲- گزارش					
تاریخ گزارش:...../...../.....		تاریخ گزارش:...../...../.....		تاریخ گزارش:...../...../.....	
به مرکز بهداشت شهرستان		به مرکز بهداشت استان		به اداره کل مبارزه با بیماریها/...../..... ۱۳	
منبع گزارش: خانه بهداشت:.....		مرکز بهداشتی درمانی:..... تیم سیار:..... بیمارستان:..... مرکز توانبخشی:.....		مطب:..... سایر منابع (ذکر شود) نام گزارش دهنده:..... شماره تلفن گزارش دهنده:.....	
۳- آیا بیمار بستری شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن : تاریخ بستری:...../...../..... شماره پرونده:.....					
۴- علائم و نشانه های بیماری: تاریخ شروع اولین علامت:...../...../..... (دور هر کدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید) تب یبوست آبریزش بینی درد عضلانی اسهال سردرد تهوع سفتی گردن ضعف گلودرد تحریک پذیری اختلال حس وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (محل و کیفیت آن را توضیح دهید)					
۵- فلج وضعیت فلج: تاریخ شروع فلج:...../...../..... مدت تکمیل فلج:.....روز آیا در موقع شروع فلج تب وجود داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درجه تب:..... محل فلج: (دور عضله فلج را دایره بکشید): پای چپ دست چپ پای راست دست راست عضلات تنفسی صورت سایر اعضای کرانیال					
۶- وضعیت ایمن سازی: برحسب: کارت ایمن سازی <input type="checkbox"/> حافظه مادر <input type="checkbox"/> دور هر کدام از نوبت های زیر که دریافت داشته دایره بکشید. وزیر آن تاریخ را بنویسید. نوبت: نوبت صفر نوبت اول نوبت دوم نوبت سوم یاد آور اول یاد آور دوم روزهای ملی ایمنسازی تاریخ آخرین نوبت تاریخ:					
۷- طبقه بندی اولیه بالینی : مظنون به پولیو <input type="checkbox"/> گیلن باره <input type="checkbox"/> نوریت ترو ماتیک <input type="checkbox"/> میلیت عرضی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> تاریخ:...../...../.....					
۸- سابقه مسافرت یا دید و بازدید و تماس با افراد دیگر ظرف ۲۸ روز قبل از بروز علائم: محل مسافرت یا بازدید فرد یا افراد ملاقات شده تاریخ					
...../...../.....					
...../...../.....					
...../...../.....					
۹- آیا بیمار در ظرف ۷۵ روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که به تازگی فلج یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته است تماس داشته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بلی ، در کجا و با چه کسی؟ محل نام افراد تاریخ					
...../...../.....					
...../...../.....					
۱۰- نمونه برداری مدفوع از بیمار: تاریخ نمونه برداری تاریخ تحویل به آزمایشگاه تاریخ دریافت نتیجه نوع ویروس پولیو جدا شده نوع ویروسهای دیگر منفی					
نمونه اول/...../..... ۱۳					
نمونه اول/...../..... ۱۳					

۱۱- نمونه برداری مدفوع از موارد تماس:

(اگر کودک زیر ۵ سال سن دارد موارد تماس تا زیر ۵ سال و اگر بیشتر از ۵ سال سن دارد، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شود)

نام و نام خانوادگی مورد تماس	تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده	تاریخ آخرین نوبت واکسن	آدرس
.....	.....	...../...../..... ۱۳	.....
.....	.....	...../...../..... ۱۳	.....
.....	.....	...../...../..... ۱۳	.....

۱۲- اقدامات کنترل:

تعداد محل های بازدید شده:..... تعداد خانوار بازدید شده:..... تعداد کودکان واکسینه شده:..... تعداد نمونه برداشت شده:..... تاریخ انجام اقدامات:...../...../..... ۱۳

۱۳- پیگیری روز ۶۰:

تاریخ:...../...../..... انجام شد انجام نشد اگر نشد چرا؟ توضیح دهید:.....
فلج باقیمانده(دور عضو فلج دایره بکشید) پای راست دست راست پای چپ دست چپ صورت ماهیچه های تنفسی سایر اعصاب کرانیال معلولیت: نمی تواند راه برود با کمک راه می رود می لنگد طبیعی راه می رود سایر معلولیت ها:.....
فوت: در صورت فوت تاریخ آن :...../...../..... علت فوت، جزئیات را توضیح دهید:

۱۴- تیم بررسی:

نام و نام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیماریها: امضاء: تاریخ:...../...../.....
نام و نام خانوادگی پزشک مسئول بررسی: شماره نظام پزشکی: امضاء: تاریخ:...../...../.....
مراتب فوق مورد تأیید است.
نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان: امضاء: تاریخ:...../...../.....

۱۵- طبقه بندی نهایی:

پولیو میلیت مردود پولیو میلیت معیار تشخیص:
جداشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی جداشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی
فلج باقیمانده روز ۶۰ نداشتن فلج باقیمانده روز ۶۰ نمونه کافی مدفوع گرفته نشده
عدم انجام پیگیری بعلت پیدا نشدن بیمار مرگ پیش از غیر قابل رد شدن پولیو
اگر پولیو میلیت تأیید شده است چه نوعی؟ (یکی را تیک بزنید) انتقال محلی وارده ناشی از واکسن نامعلوم
تشخیص نهایی: اگر پولیو رد شده است تشخیص را بنویسید:.....

مشخصات اعضاء تیم:

نام و نام خانوادگی پزشک : نوع تخصص:
نام و نام خانوادگی پزشک : نوع تخصص:
نام و نام خانوادگی پزشک : نوع تخصص:
مراتب فوق مورد تأیید است:

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی: تاریخ:...../...../..... امضاء:

دستور العمل: صفحه ۱۹ برنامه کشوری فلج اطفال

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک سرخک به آزمایشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:

کد شناسایی بیمار:	تاریخ:/...../.....
نام و نام خانوادگی بیمار:	کد ملی:
نام پدر:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد: روز ماه سال	سن بر حسب ماه:
آدرس محل سکونت:	

تعداد دوز های دریافتی واکسن سرخک:	واکسن MR:	واکسن MMR:
تاریخ آخرین واکسن:/...../.....	تاریخ آخرین واکسن:/...../.....	تاریخ آخرین دوز دریافتی:/...../.....

تاریخ شروع بثورات:/...../.....	تاریخ شروع تب:/...../.....
نوع بثورات: ماکولوپاپولار <input type="checkbox"/> وزیکولار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	

شرح حال بالینی (مختصر):

نوع نمونه	تاریخ جمع آوری نمونه	تاریخ ارسال نمونه	ملاحظات
خون			
ادرار			
ترشحات گلو			

امضاء تکمیل کننده:	امضاء رئیس مرکز بهداشت:	تاریخ:/...../.....
--------------------	-------------------------	--------------------------

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود.

نام آزمایشگاه:

نام تحویل گیرنده:

تاریخ وصول به آزمایشگاه:/...../.....

وضعیت نمونه دریافت شده: قابل قبول غیر قابل قبول

نتیجه آزمایش:

سرخک سرخچه پاروویروس (B19) منفی نامشخص

امضاء مسئول آزمایشگاه:

این فرم بایستی در ۲ برگ تکمیل و پس از تحویل نمونه به آزمایشگاه قسمت پایین فرم توسط مسئول آزمایشگاه تکمیل و یک نسخه آن به مرکز بهداشت استان جهت نگهداری تحویل داده شود.

بسمه تعالی

مرکز بهداشت شهرستان:.....

فرم درخواست آزمایش مدفوع برای تشخیص پولیو

استان:		شهرستان:	
نام و نام خانوادگی صاحب نمونه:		بیمار	مورد تماس
آدرس:		روستا:	
شهر:	خیابان:	کوی:	پلاک:
تلفن:			
تاریخ تولد: روز ماه سال اگر تاریخ تولد نامشخص است سن را برحسب ماه ذکر نمائید			
تاریخ جمع آوری نمونه اول: روز ماه سال.....			
تاریخ جمع آوری نمونه دوم: روز ماه سال.....			
تعداد دفعات واکسیناسیون و تاریخ آخرین نوبت دریافت OPV <input type="checkbox"/> نوبت <input type="checkbox"/> روز ماه سال			
تشخیص اولیه بالینی:			
تاریخ ارسال نمونه ها		نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان امضاء	
این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود:			
تاریخ وصول نمونه ها به آزمایشگاه: روز ماه سال		نام و نام خانوادگی دریافت کننده نمونه ها	
وضعیت نمونه ها موقع وصول به آزمایشگاه: <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> بد			

نتیجه آزمایش:	<input type="checkbox"/> P1	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> E.V.	<input type="checkbox"/> با ذکر نوع	منفی
تاریخ: روز ماه سال						

*نمونه دوم فقط از موارد بیمار جمع آوری شود، از موارد تماس فقط یک نمونه کافی است
رئیس آزمایشگاه:

فرم جمع اوری نمونه مدفوع موارد تماس

۱- شماره شناسایی کشوری مورد تماس (شماره شناسایی کشوری مورد AFP اصلی -C#)					
۲- دلیل جمع اوری نمونه		نامناسب	مورد پرخطر	مناطق صعب العبور	سایر.....
۳- نام مورد تماس					
۴- آدرس					
۵- شهرستان					
۶- استان					
۷- دانشگاه علوم پزشکی					
۸- شماره نمونه (در صورت تهیه نمونه های متعدد از یک مورد تماس)					
۹- تاریخ جمع اوری نمونه/...../..... ۱۳					
۱۰- تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه/...../..... ۱۳					
۱۱- ارتباط با مورد اصلی					
خویشاوند هم خانه	هم خانه غیر خویشاوند	خویشاوند غیر هم خانه	همسایه	هم بازی / هم مدرسه ای	سایر.....
۱۲- دوره مواجهه با مورد AFP اصلی طی ۷روز قبل از شروع فلج طی ۷روز پس از شروع فلج					
۱۳- تاریخ تولد یا سن بر حسب ماه/...../..... ۱۳ سن.....(ماه)					
۱۴- جنس مذکر					
مونث					
۱۵- تعداد دوزهای OPV دریافتی (جاری)					
۱۶- تعداد دوزهای OPV دریافتی (تکمیلی)					
۱۷- تاریخ آخرین OPV دریافتی/...../..... ۱۳					
۱۸- امضاء کارشناس برنامه فلج اطفال شهرستان					
۱۹- ملاحظات					

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک CRS (۱۱-۰ ماه) به آزمایشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی..... مرکز بهداشت:..... تاریخ:...../...../.....

نام پدر:	نام و نام خانوادگی بیمار	کد شناسایی بیمار:
سن بر حسب ماه:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: روز ماه سال
آدرس محل سکونت:		

تاریخ آخرین دوز واکسن سرخجه دریافتی مادر:...../...../.....

آیا مادر در دوران بارداری با فرد مبتلا به سرخجه در تماس بوده است؟

آیا مادر در دوران بارداری سابقه ابتلا به سرخجه را داشته است؟

شرح حال بالینی مختصر:

ملاحظات	تاریخ ارسال نمونه	تاریخ جمع اوری نمونه	نوع نمونه

امضاء تکمیل کننده: امضاء رئیس مرکز بهداشت:

تاریخ:...../...../.....

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود:

نام آزمایشگاه:

نام تحویل گیرنده:

تاریخ وصول به آزمایشگاه:...../...../..... ۱۳

وضعیت نمونه دریافت شده: قابل قبول غیر قابل قبول توضیحات:.....

نتیجه آزمایش:

سرخک سرخجه پاروویروس منفی مشکوک بورد لاین سایر:.....

امضاء مسئول آزمایشگاه:

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک به سرخجه

دانشگاه/دانشکده..... مرکز بهداشت شهرستان:.....

منطقه: (۱- شهری ۲- روستایی ۹- نامشخص)

منبع گزارش: (۱- خانه بهداشت ۲- مرکز بهداشتی درمانی ۳- بیمارستان دولتی ۴- بیمارستان خصوصی ۵- مطب ۶- درمانگاه خصوصی ۷- آزمایشگاه ۸- سایر ۹- نامشخص)

تاریخ اعلام گزارش:..... تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:..... تاریخ اعلام به مرکز بهداشت استان:.....

مشخصات بیمار: کد شناسایی بیمار:.....

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: (۱- مذکر ۲- مونث)

تاریخ تولد:..... سن بر حسب سال و ماه: ملیت:

آدرس:.....

تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخجه / MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تاریخ دریافت): نامشخص

MR

MMR

سرخجه:

نوبت اول	آخرین نوبت	نوبت اول	آخرین نوبت
دریافت واکسن در بسیج همگانی واکسیناسیون	آخرین نوبت	نوبت اول	آخرین نوبت

یافته های بالینی :

تاریخ بررسی:..... تاریخ شروع بثورات:..... نوع بثورات: (۱- ماکولوپاپولر ۲- وزیکولر ۳- سایر)

در صورت مونث بودن آیا بیمار باردار است؟ (۱- بلی ۲- خیر)

علائم: تب: (۱- دارد ۲- ندارد ۹- نامشخص) تاریخ شروع تب:..... /..... /..... سرفه بزرگی غدد لنفاوی کدام مناطق بدن:

آبریزش از بینی قرمزی ملتحمه چشم

درد مفاصل چند مفصل:.....مدت:..... تورم مفاصل چند مفصل:.....مدت:.....

سایر علائم:.....

آیا بیمار بستری شده است؟ بلی خیر نام بیمارستان: شماره پرونده بیمارستانی:

آیا بیمار فوت شده است؟ بلی خیر تاریخ فوت: علت مرگ:

منبع احتمالی عفونت: (۱= بلی ۲= خیر ۹= نامشخص)

آیا در یک ماه اخیر تماسی با موارد مشکوک به سرخجه داشته است؟

آیا مورد تأیید شده سرخجه در طی یک ماه اخیر در این منطقه وجود داشته است؟

آیا بیمار در یک ماه اخیر مسافرتی داشته است؟ محل مسافرت:.....

آیا بیمار با خانم باردار در طی دوران بروز علائم تماس داشته است؟ (نام و مشخصات خانم باردار ثبت و بررسی شود)

یافته های آزمایشگاهی: این قسمت پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل می گردد:

تاریخ نمونه گیری خون:..... /..... /..... تاریخ ارسال نمونه:..... /..... /..... نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:..... /..... /.....

تاریخ نمونه گیری خون:..... /..... /..... تاریخ ارسال نمونه:..... /..... /..... نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:..... /..... /.....

تاریخ نمونه گیری خون:..... /..... /..... تاریخ ارسال نمونه:..... /..... /..... نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:..... /..... /.....

نتیجه آزمایش از نظر: سرخک سرخجه (۱- مثبت ۲- منفی ۹- نامشخص)

طبقه بندی نهایی: تاریخ طبقه بندی نهایی:..... /..... /.....

مردود تشخیص نهایی ذکر گردد:

تأیید شده (۱- سرخک ۲- سرخجه ۳- سایر)

تأیید شده به وسیله: (۱- آزمایشگاه ۲- بالینی ۳- اپیدمیولوژیک)

مشخصات بررسی کننده:

نام و نام خانوادگی: سمت: تاریخ بررسی:..... /..... /..... امضاء:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک سرخجه به آزمایشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان: تاریخ:/...../.....

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدرک	کد شناسایی بیمار:
جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> (ایا بیمار باردار است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>)	تاریخ تولدک روز ماه سال	سن بر حسب ماه:
آدرس محل سکونتک		

تعداد دوزهای دریافتی واکسن سرخجه	واکسن MR:	واکسن MMR:
تاریخ آخرین دوز دریافتی:/...../.....	تاریخ آخرین دوز دریافتی:/...../.....	تاریخ آخرین دوز دریافتی:/...../.....
تاریخ شروع بثورات:/...../.....	تاریخ شروع تب:/...../.....	
نوع بثوراتک <input type="checkbox"/> ماکولوپاپولار <input type="checkbox"/> وزیکولار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	سایر علائمک بزرگی غدد لنفاوی <input type="checkbox"/> درد مفاصل <input type="checkbox"/> تورم مفاصل <input type="checkbox"/>	
شرح حال بالینی (مختصر):		

نوع نمونه	تاریخ جمع آوری نمونه	تاریخ ارسال نمونه	ملاحظات
خون ۱			
*			
*			

امضاء تکمیل کننده:	امضاء رئیس مرکز بهداشت:
این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود:	
نام آزمایشگاهک	
نام تحویل گیرنده:	
تاریخ وصول به آزمایشگاه:/...../.....	
وضعیت نمونه دریافت شده: قابل قبول <input type="checkbox"/> غیر قابل قبول <input type="checkbox"/> توضیحات:	
نتیجه آزمایش:	
سرخک <input type="checkbox"/> سرخجه <input type="checkbox"/> پروویروس (B19) <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> حد مرزی (Border Line) <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>	
سایر:	
امضاء مسئول آزمایشگاه:	

این فرم بایستی در ۲ برگ تکمیل و پس از تحویل نمونه به آزمایشگاه، قسمت پائین فرم توسط مسئول آزمایشگاه تکمیل و یک نسخه آن به مرکز بهداشت استان/شهرستان جهت نگهداری تحویل داده شود.

*در صورت نیاز به نمونه گیری مجدد خون یا سایر نمونه ها با ذکر نوع نمونه در این قسمت ثبت شود.

کد شناسایی بیمار بدین صورت ثبت می شود:

در ابتدا نام دانشگاه (سه حرف اول) و سپس نام شهرستان (سه حرف اول) و سال مربوطه و شماره گذاری بیماران از عدد یک لغایت پایان سال صورت پذیرد. مثال: دانشگاه سیستان و بلوچستان - شهرستان زاهدان - سال ۱۳۸۳ - مورد بیمار ۵ - به صورت زیر ثبت می گردد

(Sis/Zah/83/5)

فرم ارسال نمونه موارد مشکوک به سیاه سرفه

نام استان:	نام بیمارستان، دانشگاه، آزمایشگاه	شماره تلفن، آزمایشگاه:
تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت استان:...../...../.....		
نام و نام خانوادگی بیمار:		جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
تاریخچه بیماری:		تاریخ تولد: روز ماه سال
تاریخ شروع بیماری: روز ماه سال		
علائم:		
سرفه های قطاری و ادامه دار: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
حالت تهوع همراه با سرفه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
بیمار تب دارد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
آیا بیمار آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
نام دارو: مدت مصرف:		
واکسیناسیون قبلی (دیفتری، کزاز خرد سالان) (دیفتری، کزاز بزرگ سالان) (دیفتری، سیاه سرفه و کزاز) بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
تاریخ آخرین نوبت: روز ماه سال		
موارد تماس با بیمار مشکوک به سیاه سرفه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
نمونه های ارسالی	تاریخ نمونه برداری	
نمونه برده شده بر روی پلیت برده ژانگو	روز	ماه سال
نمونه گرفته شده از روی بینی روی محیط ترانسپورت	روز	ماه سال
نمونه گرفته شده از ترشحات حلق روی محیط ترانسپورت	روز	ماه سال
نمونه سرم خون گرفته شده	روز	ماه سال
لام های گرفته شده	روز	ماه سال
مشخصات بررسی کننده:		
نام و نام خانوادگی:		
آدرس و تلفن:		
نشانی: تهران - خیابان پاستور - پلاک ۶۹ کد پستی ۱۳۱۶۴ - آزمایشگاه کشوری دیفتری و سیاه سرفه (انستیتو پاستور)		
تلفن: ۶۶۴۰۵۵۳۵ روزهای تعطیل ۲۰-۶۶۹۵۳۳۱۱		
فاکس: ۶۶۴۰۵۵۳۵		

ضمیمه ۶ (راهنمای مراقبت از بیماری سیاه سرفه)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی سیاه سرفه

منبع خبر

تاریخ گزارش: نام گزارش دهنده:
نام و آدرس موسسه: شماره تلفن:

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / جنس: شغل:
نام پدر: تعداد افراد خانواده: وضعیت تحصیلی:

آدرس:

ساکن شهر: شهرستان: استان:
روستای تحت پوشش: خانه بهداشت: تیم سیار:

درمان:

آیا بیمار تحت مراقبت قرار گرفته است؟ بلی خیر بستری سرپایی
نام بیمارستان: نام مرکز بهداشتی درمانی: تاریخ بستری: / /
شماره پرونده پزشکی: نام پزشک معالج: داروی تجویز شده:

علائم و نشانه ها:

تاریخ شروع سرفه: / / مدت سرفه:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| آیا دوره پاروکسیسمال وجود دارد؟ | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| آیا هوپ بعد از سرفه وجود دارد؟ | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| آیا تنگی نفس دارد؟ | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| آیا بیمار سابقه سرفه مزمن دارد؟ | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| آیا همراه سرفه ، استفراغ وجود دارد؟ | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| آیا هنوز سرفه دارد؟ | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |

در صورت مثبت بودن هر کدام از جواب های بالا توضیح دهید:

.....
.....

اطلاعات آزمایشگاهی

تاریخ نمونه برداری:...../...../.....

نتیجه سواب نازوفارنکس مثبت منفی نامشخص
نتیجه کشت مثبت منفی نامشخص

تاریخچه ایمن سازی:

تعداد واکسن DPT انجام شده:.....

آیا سابقه ایمن سازی به صورت مدون وجود دارد؟ بلی خیر نامشخص
دصورت مثبت بودن تاریخ های تلقیح شده (...../...../.....)(...../...../.....)(...../...../.....)

اول دوم سوم چهارم

دصورت منفی بودن ذکر دلیل آن:.....

محل ایمن سازی:

خانه بهداشت تیم سیار مرکز بهداشتی درمانی بخش خصوصی خیریه

تشخیص نهایی:

برونشیت بلی خیر

پنومونی بلی خیر

نتیجه عکس برداری مثبت منفی نامشخص

نظریه پزشک:.....

.....
.....
.....

بررسی اپیدمیولوژیکی:

آیا به لحاظ احتمال یا وجود سیاه سرفه در ۴ هفته اخیر مسافرتی داشته است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن :

نام محل تاریخ مسافرت

..... از تاریخ:...../...../..... تا تاریخ:...../...../.....

..... از تاریخ:...../...../..... تا تاریخ:...../...../.....

..... از تاریخ:...../...../..... تا تاریخ:...../...../.....

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

پیگیری موارد تماس بیمار مبتلا به سیاه سرفه استان: دانشگاه: سال:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شهر	روستا	کد عرضه خدمات	تاریخ تولد	نوع تماس خانواده یا غیره	تاریخ نمونه گیری از حلق	نتیجه آزمایش	تجویز یا ارجاع برای آنتی بیوتیک		تعداد دوزهای واکسن DPT,dt,DT	تاریخ آخرین نوبت واکسن	سیاه سرفه محمول یا قطعی
									خیر	بلی			
۱													
۲													
۳													
۴													
۵													
۶													
۷													
۸													
۹													
۱۰													
۱۱													
۱۲													
۱۳													
۱۴													
۱۵													
۱۶													
۱۷													
۱۸													
۱۹													
۲۰													

کد عرضه خدمات:

۱- شهری ۲- روستایی، تحت پوشش خانه بهداشت ۳- روستایی تحت پوشش سیار

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی انفرادی گزار

کشور:.....سال:.....منبع خبر:.....

تاریخ گزارش:...../...../..... نام گزارش دهنده:.....

نام و آدرس موسسه:.....تلفن:.....

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:.....تاریخ تولد:...../...../..... شغل:.....

جنس: زن مرد نام پدر:..... نام مادر:.....

آدرس:.....

ساکن شهر:.....شهرستان:.....استان:.....

ساکن روستای:.....تحت پوشش:خانه بهداشت:..... تیم سیار:.....

۲- تاریخ ونوع ضایعه:

تاریخ ایجاد ضایعه:...../...../.....

- نوع ضایعه: ۱- زخم پوستی صدمه: جراحی: محل زخم:.....
- ۲- محل تزییقات ۳- سوختگی ۴- بند ناف اوتیت میانی ۶- عفونت دندان ۷- سقط
- ۸- حاملگی ۹- جراحی روده ۱۰- نامعلوم

۳- علائم ونشانه ها:

تاریخ بروز اولین علائم:...../...../.....

علائم: بله خیر

..... ۱-.....

۲- تحریک پذیری و بیقراری:.....

..... ۳- تعریق شدید:.....

..... ۴- اختلال در بلع:.....

..... ۵- ترس از آب:.....

تاریخ بروز اولین اسپاسم ژنرالیزه:...../...../.....

۴- تاریخچه ایمنسازی:

محل معمول ایمنسازی

کلینیک دولتی: خانه بهداشت:..... تیم سیار:..... مرکز بهداشتی درمانی:.....

..... کلینیک خصوصی: مطب.....

آیا کارت ایمن سازی دیده شده است؟ بلی خیر

شماره سری واکسن	نوع واکسن دریافت شده	تاریخ ایمن سازی	نامشخص	خیر	بلی	نوبت اول
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

۵- اگر بیمار نوزاد است:

آیا مادر علیه کزاز واکسینه شده است؟ بلی خیر آیا کارت ایمنسازی دیده شده است؟ بلی خیر

نامشخص خیر بلی تاریخ ایمنسازی شماره سری واکسن

نوبت اول

نوبت دوم

نوبت یادآور

تاریخ آخرین نوبت:/...../.....

آیا مراقبتهای قبل از زایمان را دریافت کرده است؟ بلی خیر

اگر بلی محل و تاریخ مراقبت:.....

محل تولد کودک: بیمارستان:.....منزل:.....سایر(مشخص شود):.....

اگر زایمان در موسسه ای انجام شده است، نام و آدرس آن موسسه را ذکر کنید:.....
زایمان بوسیله چه کسی انجام شده است؟

پزشک پرستار ماما مامای محلی (۱-دوره دیده ۲- دوره ندیده) سایر (مشخص شود):.....

نام و آدرس:.....

آیا نوزاد درد و روز اول تولد بطور طبیعی شیر خورده است؟ بلی خیر

آیا نوزاد درد و روز اول تولد بطور طبیعی گریه کرده است؟ بلی خیر

اگر خیر توضیح دهید:.....

آیا کودک بعد از چهار اشکال در مکیدن شده است؟ بلی خیر

اگر بلی توصیف کنید:.....

آیا کودک بعد از چهار سفتی عضلات شده است؟ بلی خیر نامشخص

آیا کودک بعد از چهار تشنج شده است؟ بلی خیر نامشخص

شرح دهید که بند ناف چطور وبا چه وسیله ای بریده شده است؟.....

بند ناف چگونه پانسمان شده است؟.....

اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ دریافت نمونه سرم خون مادر تاریخ دریافت جواب تاریخ نتایج

تیتر انتی بادی

...../...../.....

...../...../.....

۶- وضعیت درمان و بستری:

آیا بیمار توسط پزشک تحت درمان قرار گرفته است؟

بلی خیر نام پزشک معالج:.....محل کار:.....تشخیص:.....

آیا بیمار بستری شده است؟ بلی خیر نام بیمارستان:.....شماره پرونده:.....تاریخ بستری شدن:...../...../.....

نوع درمان ارائه شده:.....

.....

.....

نوع داروی تجویز شده:.....

آیا بیمار مرده است؟.....

بلی خیر اگر جواب مثبت است تاریخ مرگ:..... علت مرگ:.....

در صورت بهبودی آیا عارضه ای ایجاد شده است؟ بلی خیر

نوع عارضه:

نامشخص	خیر	بلی	
.....	۱- شکستگی: محل شکستگی:.....
.....	۲- امبولی ریه
.....	۳- دهیدراتاسیون
.....	۴- میوکار دیت
.....	۵- عفونت باکتریال: محل عفونت:.....
.....	۶- اریتمی شدید:
.....	۷- هیپرترمی
.....	۸- اسپاسم لارنکس:
.....	۹- احتباس ادرار:
.....			نام و عنوان بررسی کننده: محل کار:.....
.....			تاریخ بررسی:...../...../.....
.....			امضاء:

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

اداره کل پیشگیری و مراقبت از بیماریها

فرم بررسی موارد دیفتري استان:.....دانشگاه:.....سال:.....

شماره شناسایی									
سال	ماه	روز	تاریخ بررسی	سال	ماه	روز	تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت شهرستان:		
زن	مرد	جنس	نام و نام خانوادگی بیمار						
	چند ماه	چندسال	(سن اگر تاریخ تولد مشخص نباشد)			سال	ماه	روز	تاریخ تولد
			روستا/شهر/شهرک			آدرس			
			استان			شهرستان			
تاریخچه بیماری									
			سال	ماه	روز	تاریخ شروع بیماری			
علائم:									
نامشخص	خیر	بلی	ایا اعضای کاذب چسبیده دربینی، حلق و لوزه ها وجود دارد؟			نامشخص	خیر	بلی	فارنژیت
نامشخص	خیر	بلی	لارنژیت			نامشخص	خیر	بلی	التهاب لوزه ها
.....بیمارستان:.....			اگر بلی ، نام ومحل درمان : مرکز بهداشتی درمانی:.....			نامشخص	خیر	بلی	آیا بیمار تحت درمان بوده است
						سال	ماه	روز	تاریخ بستری(در صورت بستری شدن)
سال	ماه	روز	تاریخ تجویز آنتی بیوتیک			نامشخص	خیر	بلی	آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟
سال	ماه	روز	تاریخ تجویز آنتی توکسین			نامشخص	خیر	بلی	آنتی توکسین مصرف کرده است؟
سال	ماه	روز	تاریخ آخرین روز	تعداد کل دورها		نامشخص	خیر	بلی	واکسیناسیون قبلی (DPT,DT,dt)
توکسیژنیک(سم زا)			تشخیص کورینه باکتریم دیفتري			تاریخ نمونه برداری			نتایج آزمایشگاهی
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	نمونه حلق
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	نمونه بینی
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	سایر نمونه ها
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	۱-
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	۲-
نامشخص	خیر	بلی	نامشخص	خیر	بلی	سال	ماه	روز	۳-
نامشخص		خیر		بلی		موارد تماس نزدیک دریک مته قبل از شروع بیماری			
طبقه بندی نهایی									
بیماری دیفتري مردود می باشد			وجود شواهد اپیدمیولوژیک بالینی			آزمایشگاهی		بیماری دیفتري تأیید می شود دلایل	
نامشخص		مرده		زنده		عاقبت بیماری			
مشخصات بررسی کننده									
نام و نام خانوادگی									
آدرس									
تلفن :									
امضاء :									

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها

استان:.....دانشگاه:.....سال:.....

فرم درخواست آزمایش برای موارد مشکوک به دیفتری
(همراه با نمونه به آزمایشگاه فرستاده می شود).

شماره شناسایی

نام بیمار

تاریخ تولد	روز	ماه	سال	سن (اگر تاریخ تولد مشخص نباشد)	چند سال	چند ماه
------------	-----	-----	-----	--------------------------------	---------	---------

آدرس	روستا / نقطه شهری
------	-------------------

شهرستان	استان
---------	-------

نوع نمونه	نمونه گلو	نمونه بینی	غیره
-----------	-----------	------------	------

اگر سایر است مشخص کنید.

سال	ماه	روز
-----	-----	-----

تاریخ شروع بیماری

تاریخ برداشت نمونه

تاریخ ارسال نمونه

تاریخ شروع درمان با آنتی بیوتیک (اگر انجام شده)

تاریخ تجویز آنتی توکسین (اگر تجویز شده)

تاریخ دریافت آخرین دوز معتبر واکسن که دریافت کرده
(اگر در دسترس باشد)

بقیه این فرم را آزمایشگاه کامل می کند:

سال	ماه	روز
-----	-----	-----

تاریخ وصول نمونه

نام دریافت کننده

آیا نمونه در شرایط خوبی بوده است

بلی خیر

نتایج

عامل بیماری زای تشخیص داده شده

اگر کورینه باکتریم دیفتری.....است

سمی

غیرسمی

نامشخص

نام فرد مسئول:

امضاء:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

..... دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی:.....

فرم شماره ۲

فرم گزارش آلودگی به شپش

..... شهرستان:.....

..... مرکز بهداشتی درمانی:.....

..... ماه:..... سال:..... ۱۳

سابقه آلودگی		نوع شپش			محل سکونت		مرد				زن				تعداد
ندارد*	دارد	عانه	تن	سر	شهر	روستا	>17	۱۱-۱۷	۶-۱۰	<6	>17	۱۱-۱۷	۶-۱۰	<6	کل

..... نام وامضاء مسئول گزارش:.....

..... تاریخ تنظیم:.....

*وجود آلودگی در طی سه ماه گذشته

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماریها

فرم شماره ۳:

فرم بررسی اپیدمیولوژیک شپش تن
دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی
شهرستان:.....
مرکز بهداشتی درمانی:.....
تاریخ تهیه فرم:...../...../.....

نام و نام خانوادگی:.....نام پدر:.....جنس:.....مرد:.....زن:.....
شغل:.....وضعیت تاهل:.....میزان سواد:.....
تعداد افراد خانوار:.....تعداد افراد آلوده خانوار:.....
تعداد افراد در تماس شغلی:.....تعداد افراد آلوده در تماس شغلی:.....
آدرس محل زندگی:
آدرس محل کار:
ملاک تشخیص (براساس مشاهده شپش تن، رشک و یا ضایعه اختصاصی):
اطلاعات همه گیر شناسیک
اقدامات پیگیری و مبارزه:
نتیجه پیگیری ۱۴روز پس از درمان:

توجه: منظور از تماس شغلی درمورد مدرسه همکلاسی ها و در مورد زندان افراد تیم در یک بند، درمورد پادگان افراد مقیم در یک آسایشگاه و در خوابگاه ها افراد مقیم در یک اتاق و در محل کار افراد شاغل در یک واحد شغلی است.

نام کارشناس بررسی کننده:

مرکز بهداشتی درمانی شهری:..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی:..... خانه بهداشت:.....	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:.....	فرم بررسی آلودگی پدیکلور تاریخ:...../...../..... شماره:.....
--	--	--

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	ملیت:
------	---------------	----------	-------

سن:	جنس:	شغل:	اگر محصل است کادر زیر تکمیل گردد
-----	------	------	----------------------------------

نام آموزشگاه:	آیا مربی بهداشت در مدرسه وجود دارد؟ بلی	خیر
نام و نام خانوادگی مربی بهداشت:		
آدرس و تلفن آموزشگاه:		

آدرس و تلفن منزل:

تعداد افراد خانوار:	وجود آلودگی در سایر افراد خانوار: بلی	خیر	چند نفر:.....
---------------------	---------------------------------------	-----	---------------

تاریخ تشخیص:...../...../.....	سابقه آلودگی در یک سال گذشته:.....
-------------------------------	------------------------------------

مشخصات ساختمان مسکونی محل سکونت:	نوساز	قدیمی	مخروبه	توضیحات:
----------------------------------	-------	-------	--------	----------

نوع و مقدار داروی تجویز شده:	آیا تکرار درمان لازم است؟
------------------------------	---------------------------

نتیجه درمان: ۱- بهبودی	۲- نیاز به تکرار درمان	۳- عود
------------------------	------------------------	--------

اقدامات پیگیری: مراقبت	آموزش	درمان
سایر اقدامات:		

نام و نام خانوادگی بررسی کننده:	تاریخ بررسی:...../...../.....
---------------------------------	-------------------------------

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان: مرکز بهداشت شهرستان:

فرم شماره ۲- بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری های منتقله از غذا

۱- شماره سریالک						
۲- تاریخ:/...../.....						
۳- نام پرسشگر:						
بخش ۱: مشخصات بیمار						
۴- نام بیمار:	۵- نام خانوادگی بیمار:					
۶- سن:	جنس: مرد زن ۸- ملیت:					
۹- شغل بیمار	۱۰- نام مرکز درمانی:					
۱۱- آدرس کامل و تلفن بیمار:						
بخش ۲: شرح حال و علائم بالینی:						
۱۲- استفراغ	۱۳- تهوع	۱۴- بی اشتها	۱۵- تب	۱۶- درد شکم	۱۷- مدفوع خونی	علائم بالینی
۲۰- غیره						
۱۸- سردرد						
۱۹- بی حالی						
۲۱- درجه حرارت بیمار: (بر حسب C)				۲۲- حد اکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت		
توصیف مدفوع: ۲۳- بدبو		۲۴- سیاه		۲۵- خونی		۲۶- بلغمی
۲۷- آبکی		۲۸- تاریخ شروع اولین علامت بیمار:/...../.....				
۲۹- ساعت شروع اولین علامت بیمار: am/pm:		۳۰- روز				
۳۱- ساعت		طول مدت بیماری تا به حال:				
درمان فعلی بیمار: ۳۲- آب و الکترولیت خوراکی		۳۳- سرم:		۳۴- آنتی بیوتیک: ۳۵- غیره		
۳۶- در صورت مصرف آنتی بیوتیک طول مدت مصرف آن تا به حال:		روز				
۳۷- نوع آنتی بیوتیک مصرفی		بخش ۳: اطلاعات مربوط به تماس ها				
۳۸- آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده اش که بیماری مشابهی داشته در تماس بوده؟ بلی خیر						
(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمائید.)						
۳۹- آیا بیمار با یکی از دوستان یا همکاران یا همکلاسانش که بیماری مشابهی داشته اند در تماس بوده؟ بلی خیر						
(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمائید.)						
۴۰- آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟ بلی خیر						
۴۱- محل مسافرت:		۴۲- تاریخ رفت:/...../.....				
۴۳- تاریخ برگشت:/...../.....		۴۴- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟ بلی خیر				
۴۵- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر فرمائید:.						
بخش ۴: عوامل محیطی						
۴۶- منبع آب آشامیدنی بیمار: آب لوله کشی (شهری) چاه آب چشمه تانکر آب		ذکر فرمائید.				
۴۷- چه نوع از دفع فاضلاب در منزل مورد استفاده می باشد؟ سیستم دفع فاضلاب ندارد (توضیح دهید):		چاه فاضلاب سیستم کانال کشی فاضلاب شهری				
بخش ۵: منابع غذایی احتمالی (تاریخچه ۳ روزه غذا)						
۴۸- صبحانه: (در همان روز شروع علائم):						
۴۹- نهار:						
۵۰- شام:						
۵۱- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:						
۵۲- صبحانه: (یک روز قبل از شروع علائم)						

۵۳-نهار
۵۴-شام:
۵۵-سایر وعده ها ونوشیدنی ها:
۵۶-صبحانه ۲روز قبل از شروع علائم)
۵۷نهار:
۵۸-شام:
۵۹-سایر وعده ها ونوشیدنی ها:
۶۰-صبحانه ۳روز قبل از شروع علائم):
۶۱نهار:
۶۲-شام:
۶۳سایر وعده ها ونوشیدنیها
۶۴-این مراجعه ، چندمین مراجعه بیمار فوق به این مرکز به دلیل همین بیماری می باشد
۶۵-نام رستوران ویا غذا خوری که در هفته گذشته در آن غذا خورده اید:.....
۶۶-نام ۲فروشگاه ویا سوپر مارکتی که اغلب مواد غذایی را از آن تهیه می کنید:.....
۶۷-آیا در هفته گذشته درمجلس مهمانی -جشن عروسی /تولد ویا عزا داری غذا خورده اید؟ بلی خیر
بخش ۶: تشخیص نهایی بیمار
۶۸-عامل اسهال حاد در بیمار براساس انجام آزمایشات تشخیصی:
ملاحظات:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۳- خلاصه اطلاعات طغیان بیماری های منتقله از غذا

تاریخ تکمیل فرم:/...../.....

شهرستان:	تعداد موارد بستریک
اسامی شهر یا روستای محل وقوع طغیان:	تعداد فوت:
تاریخ وقوع:...../...../.....	گروه سنی غالب:
تاریخ گزارش:...../...../.....	گروه جنسی غالب:
تاریخ خاتمه گزارش:...../...../.....	گروه شغلی غالب:
جمعیت در معرض خطر:	نتایج کشت (نمونه انسانی):
تعداد مبتلایان:	نتایج کشت (نمونه غذا):
علائم و نشانه های شایع:	راه انتقال:
خلاصه نتیجه بررسی اپیدمیولوژیک:	

کارشناس مسئول بیماریهای منتقله از غذا:

سرپرست مرکز بهداشت استان:

تاریخ تکمیل فرم:...../...../.....

شهرستان:	تعداد موارد بستری:
اسامی شهر یا روستای وقوع طغیان:	تعداد فوت:
تاریخ وقوع:...../...../.....	گروه سنی غالب:
تاریخ گزارش:...../...../.....	گروه جنسی غالب:
تاریخ خاتمه طغیان:...../...../.....	گروه شغلی غالب:
جمعیت در معرض خطر:	نتایج کشت نمونه غذا:
تعداد مبتلایان:	راه انتقال:

خلاصه نتایج بررسی اپیدمیولوژیک:

معاون بهداشتی:

مدیر گروه بیماریهای معاونت بهداشتی:

کارشناس مسئول بیماریهای منتقله از غذا:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان / استان

فرم گزارش ماهیانه اطلاعات موارد حیوان گزیدگی نیازمند به درمان پیشگیری از هاری

ردیف	منطقه و نوع حیوان مهاجم		تعداد موارد		تعداد و نوع حیوان مهاجم					
	متغیرها	شهری	روستایی	سگ	گره	گرگ	شغال	روپاه	غیره	
									وحشی	اهلی
۱	مجروحین نیازمند به درمان کامل (۵ نوبتی)									
۲	مجروحین نیازمند به درمان ناقص (۳ نوبتی)									
۳	مجروحین درمان نشده									
۴	مراجعه قبل از گزیدگی + re exposure									
۵	نمونه های مشکوک آزمایش شده از حیوانات مهاجم									
۶	نمونه های مثبت حیوانی									
۷	موارد هاری انسانی									
۸	تعداد سگ های ولگرد تلف شده در هر ماه									
۹	تعداد کل گزش توسط سگ های صاحب دار (خانگی و گله)									
۱۰	تعداد کل گزش توسط سگ های غیر صاحب دار (ولگرد)									
وضعیت افراد مجروح بر حسب تعداد:										
ایرانی		افغانی		عراقی		پاکستانی		سایر		جمع کل
وضعیت سرم وواکسن ضد هاری										
موجودی قبل		دریافتی این ماه		مصرفی این ماه		موجودی فعلی				
								واکسن ضد هاری (دز)		
								سرم ضد هاری (واحد)		

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول پیشگیری و مراقبت بیماریهای شهرستان / استان

امضاء و تاریخ تنظیم:

منظور از مجروحین نیازمند به درمان گامی فردی هستند که حیوان مهاجم آنها از نظر هاری مثبت بوده یا متواری شده و یا تا ۱۰ روز پس از گزش (در مورد سگ و گربه) در اثر هاری از بین می رود و بایستی برای این افراد یک دوره واکسیناسیون کامل (در ۵ نوبت) انجام شود. افراد نیازمند به درمان کامل به محض مشخص شدن وضعیت در همان ماه گزارش می شوند و در صورتیکه هنوز وضعیت درمان آنها مشخص نشده می توان در آمار ماه بعدی آنها را محسوب نمود. لازم به تاکید است که هر مورد از مجروحین نیازمند به درمان کامل یا ناقص بایستی در یک ماه گزارش شوند و از تکرار آن در دو ماه خودداری شود.

در ردیف های ۱ و ۲ و ۳ ستون تعداد و نوع حیوان مهاجم (سگ) جمع تعداد آنها می بایستی با ردیف های ۹ و ۱۰ تعداد کل گزش توسط سگ های صاحب دار (شهری و روستایی) همخوانی داشته باشد.

جمع ردیف های ۱ و ۲ و ۳ مجروحین نیازمند به درمان کامل، ناقص و نشده (شهری و روستایی) می بایستی با جمع کل در جدول ملیت افراد مجروح بر حسب تعداد همخوانی داشته باشد.

در جدول مربوط به سرم وواکسن ضد هاری بایستی کسر ستون مصرفی این ماه از جمع دو ستون موجودی قبل و دریافتی این ماه برابر با ستون موجودی فعلی در نظر گرفته شده و برای موجودی در ماه آینده هم منظور گردد.

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشت شهرستان و یک نسخه به مرکز بهداشت استان و پس از جمع بندی از مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد.

مرکز بهداشتی درمانی شهری:..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی:..... خانه بهداشت:..... تیم سیار:.....	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:..... مرکز بهداشت شهرستان:.....	فرم بررسی انفرادی بیماری هاری تاریخ تهیه فرم:
--	---	---

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	ملیت:
سن:	جنس:	شغل:	میزان سواد:
نشانی محل سکونت:			
نشانی محل تهاجم:	حیوان مهاجم:	وضعیت حیوان مهاجم:	
تاریخ حادثه:	تاریخ بروز علائم:	منبع گزارش:	
تعداد ونحوه ضایعات ایجاد شده:		عضو آسیب دیده:	
تاریخ مراجعه به پزشک:/...../.....			
علائم بالینی:			
تاریخ فوت:...../...../.....			
نتایج آزمایشهای تشخیصی با ذکر محل آزمایش:			
بررسی همه گیر شناسی - سابقه حیوان گزیدگی در فرد: - سابقه واکسیناسیون و سرم تراپی در فرد یا ذکر تعداد و نوبت: - سابقه واکسیناسیون حیوان مهاجم با ذکر تعداد و نوبت			

اقدام های پیگیری :

- نتیجه آزمایشگاهی حیوان مهاجم:

- اقدام های درمان پیشگیری بیماری در فرد حیوان گزیده :

واکسن ضد هاری	نوبت های واکسن	نوبت صفر	نوبت اول (روز سوم)	نوبت دوم (روز هفتم)	نوبت سوم (روز چهاردهم)	یادآوری اول (روز سی ام)
	شماره سریال					
	تاریخ انقضاء					
	تاریخ تلقیح واکسن					

تلقیح سرم ضد هاری (..... اختصاصی انسانی)				
شماره سریال	تاریخ انقضاء	تاریخ تزریق	مقدار تجویز شده	محل تزریق

اقدام های پیگیری اطرافیان فرد حیوان گزیده :

نام پزشک بررسی کننده: تاریخ بررسی:...../...../..... امضاء و شماره نظام پزشکی:

نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای استان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری:..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی:..... خانه بهداشت:..... تیم سیاری:.....	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی:..... مرکز بهداشت شهرستان:.....	فرم بررسی انفرادی کیست هیداتیک تاریخ تهیه فرم:...../...../.....
---	--	---

نام:	نام خانوادگی:	سن:	جنس:	شغل:
ادرس محل سکونت فعلی:				
تاریخ بروز علائم:...../...../.....		تاریخ تشخیص علائم:...../...../.....		
اعضاء مبتلا:				
علائم بالینی بیمار:				
نتیجه آزمایشات تشخیصی (مقدار الکالن فسفاتاز مورد نظر است):				
نوع، مقدار و مدت داروی تجویز شده:				
نتیجه درمان:				
بررسی همه گیر شناسی:				
سابقه تماس باسگ:				
سابقه ونحوه مصرف سبزیجاتك:				
اقدامات پیگیری:				
نتیجه اقدامات درمانی با ذکر درمان دارویی یا جراحی:				
نام پزشک بررسی کننده:		تاریخ بررسی:...../...../.....		
امضاء و سرشماره نظام پزشکی				
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریها ی شهرستان:				
امضاء:				

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد.

سال:..... ماه:.....	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:..... مرکز بهداشت استان:..... شهرستان:.....	فرم گزارش اطلاعات بیماری CCHF
------------------------	--	--

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:
سن:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	ملیت:
شغل:	منطقه محل سکونت بیمار:	شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>
آدرس محل سکونت بیمار:	کد پستی:	
اطلاعات علائم بالینی		
تاریخ بروز علائم بیماری:...../...../.....		تاریخ تشخیص بالینی:...../...../.....
علائم بالینی: شروع ناگهانی علائم <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> در عضلات <input type="checkbox"/>		
علائم غیر اختصاصی بالینی:(سایر علائم بالینی) تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/>		
نوع و محل خونریزی: راش‌های پستی <input type="checkbox"/> خونریزی وسیع پوستی <input type="checkbox"/> لته <input type="checkbox"/> بینی <input type="checkbox"/> مقعد <input type="checkbox"/> واژن <input type="checkbox"/> حفره شکم <input type="checkbox"/> محل تزریق سرم <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/> استفراغ خونی <input type="checkbox"/> خلط خونی <input type="checkbox"/>		
سایر محل های خونریزی:		
اطلاعات آزمایشگاهی		
یافته های آزمایشگاهی مهم:		
لکوپنی <input type="checkbox"/> ترمبوسیتوپنی <input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/>		
سایر یافته های آزمایشگاهی غیر طبیعی:		
افزایش آنزیم های کبدی <input type="checkbox"/> افزایش بیلی روبین توتال <input type="checkbox"/> کاهش هموگلوبین <input type="checkbox"/> هماتوری <input type="checkbox"/>		
سایر یافته های آزمایشگاهی غیر طبیعی:		
اطلاعات اپیدمیولوژیک:		
وضعیت محل سکونت:		
وجود کنه در محل سکونت		
سابقه تماس با دام: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
نوع تماس با دام:		
ذبح دام <input type="checkbox"/> تماس با لاشه و ترشحات تازه دام <input type="checkbox"/> تماس با گوشت و سایر اعضاء بدن دام <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده <input type="checkbox"/>		
سابقه تماس با کنه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
نوع تماس با کنه: گزش کنه <input type="checkbox"/> دستکاری کنه و له کردن آن <input type="checkbox"/>		
تماس با بیمار مشکوک: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		

سابقه مسافرت: دارد ندارد

ادرس محل مسافرت:

سابقه تماس در طی مسافرت:

سابقه مسافرت به منطقه: روستایی سابقه گزش کنه سابقه تماس با دام

مرکز ارجاع کننده بیمار مشکوک:

درمانگاه مطب خصوصی بیمارستان مرکز بهداشتی، درمانی

سایر:

نام بیمارستان محل بستری:

ابتلا سایر افراد خانواده: دارد ندارد

تعداد افراد مبتلا در خانواده:

اقدامات درمانی:

تجویز ریبورین تزریق خون کورتیکواستروئید پلاسما پلاکت آدرنالین آنتی بیوتیک

مدت تجویز ریبورین به روز:

تاریخ تهیه نمونه اول:...../...../.....

تاریخ ارسال نمونه اول:...../...../.....

تاریخ تهیه نمونه دوم:...../...../.....

تاریخ ارسال نمونه دوم:...../...../.....

تاریخ تهیه نمونه سوم:...../...../.....

تاریخ ارسال نمونه سوم:...../...../.....

نتیجه آزمایش تشخیصی سرم اول:

+IgM -IgM +IgG -IgG +RT-PCR -RT-PCR

نتیجه آزمایش تشخیصی سرم دوم:

+IgM -IgM +IgG -IgG +RT-PCR -RT-PCR

نتیجه آزمایش تشخیصی سرم سوم:

+IgM -IgM +IgG -IgG +RT-PCR -RT-PCR

تشخیص بیمار بر اثر تعریف مورد بیماری: قطعی محتمل

در صورت غیر قطعی بودن، محتمل ترین تشخیص به غیر از CCHF:

لیپوسپیروز مالاریا سپتی سمی مننگو کوکسمی پونومونی هپاتیت سرطان نامشخص

سایر

عاقبت بیمار: بهبودی فوت

تاریخ فوت:...../...../.....

هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: دارد ندارد

سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....

مرکز بهداشت شهرستان:.....

فرم خلاصه اطلاعات بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

تاریخ گزارش: روز.....ماه.....سال.....

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		ملیت	سن	جنس	شغل	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	تاریخ تشخیص	تاریخ تهیه سرم خون			نتیجه آزمایش			عاقبت بیماری	
		شهر	روستا							نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	بهبود	تاریخ فوت

-مورد گزارش شده باید طبق تعریف محتمل بیماری دارای علائم تب ، درد عضلانی، خونریزی ویکی از علائم اپیدمیولوژیک با ترمبوسیتوپنی(کاهش پلاکت کمتر از ۱۵۰۰۰۰ در میلی متر مکعب)همراه با لکوپنی(گلبول سفید کمتر از ۳۰۰۰ در میلی متر مکعب) یا لکوسیتوز(گلبول سفید بیش از ۹۰۰۰ در میلی متر مکعب)باشد.
 - یک نسخه در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت استان واز مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت بیماریها واگیر بصورت نامبر ارسال گردد.

گزارش بیماری: ماه: سال:	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:..... استان:..... شهرستان:.....	فرم گزارش اطلاعات بیماری تب مالت
--	--	---

اطلاعات بیمار	
نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:
سن:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> ملیت:
شغل:	منطقه محل سکونت بیمار: شهری روستایی
آدرس محل سکونت بیمار	کد پستی:
اطلاعات اپیدمیولوژیک	
سابقه تماس با دام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد سابقه تماس با دام در ۱۸ ماه گذشته: نگهداری دام در محل سکونت <input type="checkbox"/> تماس با ترشحات زایمانی یا جنین سقط شده دام <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده <input type="checkbox"/> ذبح دام <input type="checkbox"/> تماس با لاشه و ترشحات پس از ذبح <input type="checkbox"/>	
سابقه استفاده از فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه: شیر غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> پنیر غیر پاستوریزه: <input type="checkbox"/> خامه غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> کره غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> آغوز <input type="checkbox"/> سرشیر <input type="checkbox"/> بستنی غیر پاستوریزه <input type="checkbox"/> ابتلا سایر افراد خانواده در ۱۸ ماه گذشته: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
اطلاعات علائم بالینی	
تاریخ بروز علائم بالینی:...../...../.....	تاریخ تشخیص بالینی:...../...../.....
علائم بالینی: تب <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> کمردرد <input type="checkbox"/> درد عضلانی، استخوان <input type="checkbox"/> آدنوپاتی <input type="checkbox"/> بزرگی طحال <input type="checkbox"/> بزرگی کبد <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/>	
اطلاعات آزمایشگاهی	
نتیجه آزمایش تشخیصی رایت: <input type="checkbox"/> ۴۰ <input type="checkbox"/> ۸۰ <input type="checkbox"/> ۱۶۰ <input type="checkbox"/> ۳۲۰ <input type="checkbox"/> ۶۴۰ <input type="checkbox"/> ۱۲۸۰	
نتیجه آزمایش تشخیص کومیس رایت: <input type="checkbox"/> ۴۰ <input type="checkbox"/> ۸۰ <input type="checkbox"/> ۱۶۰ <input type="checkbox"/> ۳۲۰ <input type="checkbox"/> ۶۴۰ <input type="checkbox"/> ۱۲۸۰	
نتیجه آزمایش تشخیصی 2ME: <input type="checkbox"/> ۴۰ <input type="checkbox"/> ۸۰ <input type="checkbox"/> ۱۶۰ <input type="checkbox"/> ۳۲۰ <input type="checkbox"/> ۶۴۰	
نوع آزمایش	نتیجه سایر آزمایش های تخصصی انجام شده:
نتیجه آزمایش	

اطلاعات اقدامات درمانی و مراقبتی بیمار

مورد بیماری: جدید شکست درمان

(مورد جدیدی بیماری است که برای اولین بار ثبت شده است / مورد شکست درمان بیماری، بیماری است که حد اقل یک دوره کامل درمان دریافت کرده ولی علائم بهبود نیافته یا پس از بهبودی عود کرده است).

نوع داروی تجویزی و مدت مصرف آن:

- | | |
|--|----------|
| تتراسیکلین <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |
| داکسی سیکلین <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |
| استرپتومایسین <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |
| جنتامایسین <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |
| کوتریموکسازول <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |
| ریفامپین <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |
| سایر داروهای تجویزی <input type="checkbox"/> | مدت مصرف |

تاریخ درمان قبلی:/...../.....

مدت درمان قبلی:

- ۲ هفته و کمتر ۳-۴ هفته ۵-۶ هفته ۷-۸ هفته بیش از ۸ هفته

عوارض بیماری:

- آرتریت اسپوندیلیت انسفالیت ارکیت اندوکاردیت
- سایر: _____

همکاری با اداره کل دام پزشکی: دارد ندارد

سابقه واکسیناسیون دام های منطقه: دارد ندارد

سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی:

دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان:

مراقبت التور(فرم شماره ۱)

تحويل محیط کری بلر			نام واحد بهداشتی درمانی: نام بیمارستان:	*ردیف
نام تحويل گیرنده	تعداد	تاریخ		

*ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع می شود.

تاریخ:/...../.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....

خانه بهداشت:.....

مرکز بهداشتی درمانی:.....

بیمارستان:.....

مطب خصوصی:.....

مرکز بهداشت شهرستان:.....

فرم نمونه برداری رورانه وفرم گزارش آزمایشگاه بیماری اسهالی (فرم شماره ۲ مراقبت التور)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	کد پستی	تاریخ بروز علائم	تاریخ نمونه برداری	بیمار		نسبت مورد تماس با بیمار	بعد خانوار	کد دعر ضه	آدرس کامل و تلفن	تاریخ *		نتیجه آزمایش *
							سرپایی	بستری					تعداد	آلوده		تحويل به آزمایشگاه	انجام آزمایش

نام و نام خانوادگی نمونه بردار:

نام و امضاء مسئول واحد:

نام و امضاء مسئول آزمایشگاه:

این فرم با کاربرد دوگانه : برای نمونه برداری توسط واحدهای محیطی و گزارش نتایج آزمایشات توسط آزمایشگاه تکمیل می گردد.

*فقط این ستونها توسط آزمایشگاه تکمیل وبعد از امضاء به واحد بیماریهای شهرستان ارسال می شود.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....

دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان:.....

مراقبت التور (فرم شماره ۳)

آدرس و شماره تلفن	نتیجه	تاریخ				واحد تهیه کننده نمونه	وضعیت بیمار		نام پدر	جنس	سن	نام و نام خانوادگی	ردیف *
		انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	تهیه نمونه	بروز علائم بالینی		بستری	سریایی					

*ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع می شود.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ، درمانی:.....

مرکز بهداشت شهرستان:.....

گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور

مراقبت التور (فرم شماره ۴)

سال:.....

ماه:.....

تعداد موارد ناگ انسانی	تعداد فوت شدگان در:		تعداد موارد مثبت		تعداد نمونه های آزمایش شده در:			تعداد کل موارد اسهال گزارش شده	شهرستان	ردیف
	موارد منفی	موارد مثبت	بستری	سرپایی	جمع	موارد اسهالی بستری	موارد اسهالی سرپایی			

نام و نام خانوادگی گزارش کننده:

تاریخ گزارش:...../...../.....

سال:.....

ماه:.....

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی:.....

مرکز بهداشت شهرستان:.....

لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد بیماری وبای التور - مراقبت التور (فرم شماره ۵)

ردیف	نام و نام خانوادگی	منطقه		جنس	سن	تعداد افراد مبتلا در خانواده	تاریخ بروز	تاریخ نمونه	تاریخ انجام	ناگ	سر و تاپ	تاریخ گزارش	وضعیت بالینی	وضعیت درمان	منبع آب	وضعیت	نتیجه درمان		ملیت	آدرس	
		روستایی	شهری														بهبود	مرگ			

منبع آب آشامیدنی - رودخانه، چشمه، چاه، تانکر، لوله کشی، قنات

وضعیت بالینی - شدید، خفیف، متوسط

نتیجه درمان - بهبودی، مرگ، تاریخ مرگ

وضعیت درمان - سرپایی، بستری

سال:.....
 ماه:.....

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی:.....
 مرکز بهداشت شهرستان:.....

لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد ناگ مثبت - مراقبت التور (فرم شماره ۶)

ردیف	نام و نام خانوادگی	منطقه		جنس	سن	نام پدر	تعداد مبتلا در خانواده	تاریخ بروز	تاریخ نمونه برداری	تاریخ انجام آزمایش	تاریخ گزارش	ملیت	آدرس
		شهری	روستای										

نام و امضاء گزارشگر:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی:.....

مرکز بهداشت شهرستان:.....

فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری وبا: مراقبت التور (فرم شماره ۷)

منبع خبر:

تاریخ گزارش:..... نام و نام خانوادگی گزارش دهنده:.....

نام و مرجع ارائه خدمات:..... شماره تلفن:.....

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:..... تاریخ تولد:...../...../..... شغل:..... جنس:.....

وضعیت تاهل:..... تعداد افراد خانوار:.....

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 علائم:..... تاریخ مراجعه:..... شدید خفیف بدون علامت

نحوه ارائه خدمات: بستری: سرپایی

اطلاعات آزمایشگاهی

نام آزمایشگاه:..... آدرس آزمایشگاه:.....

تاریخ آزمایش نمونه:...../...../..... سروتیپ: اوگاوا هیکوچیما ناک

بررسی اپیدمیولوژیکی:

تاریخچه تماس و مسافرت:

کلیه محلها و شهرهای خارج از روستا/شهر محل زندگی و یا محل کار بیمار که طی یک هفته پیش به آنجا مسافرت نموده است:

محل تاریخ مسافرت

..... از...../...../..... تا...../...../.....

..... از...../...../..... تا...../...../.....

کشت مدفوع انجام شده برای افراد در معرض تماس:

نام و نام خانوادگی:..... سن:..... جنس:..... نسبت بیمار:..... نتیجه کشت:.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 است غیره (مشخص شود).....

کیفیت آب آشامیدنی:

آیا کلرزنی می شود؟ بلی خیر مقدار کلر باقیمانده:..... تاریخ:...../...../.....

نتیجه آزمایش باکتریولوژیک:..... تاریخ:...../...../.....

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 درمان:.....

نتیجه درمان:

بهبودی کامل بهبودی با عارضه (ذکر شود)..... فوت.....

نام بررسی کننده:.....

امضاء:.....

عنوان:.....

محل کار:.....

تلفن:.....

تاریخ:...../...../.....

گزارش هفتگی موارد نمونه برداری ویای التور شهرستان - مربوط به هفته منتهی..... لغایت.....

قابل توجه گروه محترم مبارزه با بیماریها

ایام هفته	تعداد موارد اسهال ابکی	کل نمونه انسانی بستری و سرپایی	بستری شده مثبت و منفی	موارد مثبت				فوت شدگان مثبت و منفی	فوت شدگان مثبت	حاملین سالم	ناگ انسانی		نمونه برداری از اب	
				با علائم شدید (بستری)	با علائم خفیف سرپایی	با علائم خفیف	با علائم شدید				تعداد نمونه	ناگ	مثبت	
روزانه	تزیایدی	روزانه	تزیایدی	روزانه	تزیایدی	روزانه	تزیایدی	روزانه	تزیایدی	روزانه	تزیایدی	روزانه	تزیایدی	روزانه
شنبه														
یکشنبه														
دوشنبه														
سه شنبه														
چهارشنبه														
پنج شنبه														
جمعه														
جمع														

نام ونام خانوادگی مسئول واحد

امضاء

نام ونام خانوادگی گزارشگر:

امضاء

تاریخ گزارش:/...../.....

مرکز بهداشتی درمانی شهری:..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی:..... خانه بهداشت:..... تیم سیاری:.....	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:..... مرکز بهداشت شهرستان:.....	فرم بررسی انفرادی بیماری سیاه زخم تاریخ تهیه فرم:...../...../.....
---	--	--

نام:	نام خانوادگی:	سن:	جنس:	شغل:
آدرس محل کار:				
آدرس محل سکونت:				
تاریخ بروز علائم:...../...../.....		تاریخ تشخیص تشخیص قطعی:...../...../.....		
منبع گزارش:...../...../.....				
منبع احتمالی آلودگی:				
عضو مبتلا:				
علائم بالینی:				
نتایج آزمایشات تشخیص با ذکر نوع آزمایش:				
بررسی همه گیر شناسی:				
نحوه ابتلاء:				
سابقه بیماری در دامهای محل کار:				
سابقه بیماری در خانواده:				
وضعیت بیماری در دامهای محل:				
وضعیت ایمنسازی دامهای محل:				
اقدامات پیگیری (در دام وانسان)				
نوع، مقدار و داروی تجویز شده:				
نتیجه درمان (در صورت فوت ذکر علت فوت)				
نام پزشک بررسی کننده:		تاریخ بررسی:		
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان				
امضاء:				
یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.				

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت – مرکز مدیریت بیماریها

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....

فرم اطلاعات مربوط به فوت مبتلایان به HIV و ایدز

ردیف	جنسیت		سال تولد	کد وضعیت تاهل	تعداد فرزند	کد سابقه فوت	تاریخ فوت	مرحله بیماری در زمان فوت			علت فوت			نام پدر		
	مرد	زن						نامشخص	ایدز	بدون علامت	ابتلاء به سل	عوارض وابسته به ایدز	سایر			

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی / معاونت بهداشتی سازمان

نام و نام خانوادگی وامضای تکمیل کننده :

تاریخ تکمیل فرم:...../...../.....

کد سابقه به شرح زیر است:

- ۱- سابقه زندان ۲- مصرف کننده تزریقی مواد ۳- رفتار جنسی پرخطر ۴- دریافت انواع فرآورده های خونی ۵- اهداء کننده خون ۶- فرزند مادر آلوده ۷- همسر مرد آلوده با فرد در خطر ۸- آلوده به HIV ۹- علائم نشانگر ایدز ۱۰- ابتلاء به بیماری آمیزشی اثبات شده ۱۱- ابتلاء به سل ۱۲- سایر

کد وضعیت تاهل:

- ۱- متاهل ۲- مجرد ۳- مطلقه ۴- نبود همسر مرده

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....

تعداد مراکز مشاوره فعال در مراقبت HIV:..... سه ماهه:.....

تعداد کل مراجعات به مرکز مشاوره در سه ماهه گذشته:.....

تعداد موارد مثبت WB		تعداد موارد دارای حداقل یک پاسخ آزمایش الایزا (مثبت یا منفی)		تعداد موارد مشاوره شده		برحسب سابقه افراد	
تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید		
							سابقه زندان
							مصرف کننده تزریقی مواد
							رفتار جنسی پر خطر
							دریافت انواع فرآورده های خونی
							اهداء کننده خون
							فرزند مادر آلوده
							همسر فرد در خطر یا الوده به HIV
							آلوده HIV
							با علائم نشانگر ایدز
							ابتلای به بیماری آمیزشی اثبات شده
							ابتلاء به سل
							مراجعه برای کسب اطلاعات بیشتر
							سایر سوابقخطر
						داوطلب اختیاری	جمع کلموارد
						ارجاع یا سایر موارد	
جمع		تعداد موارد HIV دارای فرم بررسی بالینی		تعداد موارد HIV گزارش شده			
تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید		
						مرد	
						زن	
						جمع کل	

پوشش واکسیناسیون

تنونوکر	آنفلو آنزا	کزاز	هپاتیت نوبت سوم
---------	------------	------	-----------------

تعداد افرادی که از بدو تاسیس مرکز تاپایان فصل واجد شرایط پروفلاکسی سل بوده اند.			
تعداد افراد HIV+ که از بدو تاسیس مرکز تاپایان همین فصل PPD مثبت داشته اند.			
تعداد افراد HIV+ که از بدو تاسیس مرکز تاپایان همین فصل بیماری سل در آنها تشخیص داده شده است.			
تعداد افرادی که در فصل مربوطه پرو فیلاکسی سل شروع شده است.			
تعداد افرادی که از بدو تاسیس مرکز تاپایان همین فصل پروفیلاکسی سل را کامل کرده اند.			
تعداد افرادی که در حال حاضر تحت پروفیلاکسی PCP قرار دارند.			

تعداد زنان باردار HIV+ از بدو تاسیس مرکز تاپایان همین فصل			
تعداد زنان باردار HIV+ که از بدو تاسیس تاپایان همین فصل تحت پروفیلاکسی ضد ترو ویروسی قرار گرفته اند.			
تعداد کودکانی که از بدو تاسیس تاپایان همین فصل در ۱۸ ماهگی در بررسی سرولوژیک از نظر HIV+ مثبت بوده اند			

تعداد موارد تحت درمان	تعداد موارد واجد شرایط	تعداد موارد ایدز		
			جدید	زن
			تجمعی	
			جدید	مرد
			تجمعی	
			جدید	جمع کل
			تجمعی	
از جمع موارد فوق چه تعداد مصرف کننده تزریقی مواد مخدر هستند.				

توجه: لطفا نام ونام خانوادگی ونام پدر ونیز تاریخ ورود به مرحله ایدز کلیه افراد HIV+ مثبت که در این فصل وارد مرحله ایدز شده اند را به پیوست ارسال نمایید.
 _مربوط به حصول و PPD - براساس دستور حمل کسوری است.

درمان نگهدارنده متادون										
تحویل کاندوم		تحویل سرنگ		تعداد جمعیت هدف						
کل موارد	جدید	تعداد کاندوم	تعداد نفر	تعداد سرنگ	تعداد نفر					
								مصرف کننده تزریقی		خدمات درون مرکز برای
								گروه های در خطر جنسی		
								مصرف کنندگان تزریقی		خدمات خارج مرکز برای
								گروه های در خطر جنسی		
جمع کل										
جنسیت مراجعه کنندگان										
تعداد موارد مثبت WB		تعداد آزمایش الامیزا (HIV) در میان بیماران آمیزشی		تعداد موارد مثبت VDRIL/RPR		تعداد آزمایش VDRIL/RPR				
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	جمع کل	مرد	زن
تعداد بیماران										
تعداد نمونه های مثبت از نظر کونکک		تعداد نمونه برای کشت کونکک		تعداد نمونه اسمیر مثبت از نظر کونکک		تعداد نمونه های دریافت شده برای اسمیر کونکک (رنگ آمیزی گرم)				
تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	
										ترشح مجرا
										ترشح سرویکس

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: تاریخ تکمیل فرم:/...../.....

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....

گزارش ماهانه سندروم ها و اتولوژی های آمیزشی به مرکز مدیریت بیماریها

تاریخ گزارش:...../...../..... گزارش ماه:.....

۱- تعداد کل موارد گزارش شده

سن(سال)

جنس	کمتر از ۱۵	۱۵-۱۷	۱۸-۱۹	۲۰-۲۴	۲۵-۲۹	۳۰-۳۴	۳۹-۳۵	۴۰-۴۴	۴۵ و بالاتر	مجموع
اولسر غیروزیکونیزیتال										
زن										
مرد										
ترشح مجرا در مردان										
مرد										
گنورد(قطعی)										
زن										
مرد										
مجموع										
سیفلیس اولیه و ثانویه (مشکوک)										
زن										
مرد										
مجموع										
سیفلیس اولیه و ثانویه (قطعی)										
زن										
مرد										
مجموع										
گلامید یا (قطعی)										
زن										
مرد										
مجموع										

۲- شهرستان هایی با تغییر ۱۵٪ یا بیشتر نسبت به ماه قبل در هر یک از موارد:

اولسر غیر تاوولی تناسلی	ترشح مجرا در مردان	گنورد قطعی	سیفلیس اولیه یا ثانویه مشکوک	سیفلیس اولیه یا ثانویه قطعی	گلامید یا (قطعی)