

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۲/۱) دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان

| تحويل محیط کری بلر | | | نام و احد بهداشتی یا درمانی یا بیمارستان | *ردیف |
|--------------------|-------|-------|---|-------|
| نام تحويل گیرنده | تعداد | تاریخ | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۲/۲) لیست واحد های بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای شهرستان

| نام و احد بهداشتی یا درمانی و نام بیمارستان و | *ردیف | نام و احد بهداشتی یا درمانی و نام بیمارستان و | *ردیف |
|---|-------|---|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

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

خانه بهداشت :
مرکز بهداشتی درمانی :
بیمارستان:
مطب خصوصی :

فرم شماره ۳ مراقبت التور) فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه

| آزمایشگاه | | | | | آدرس کامل و تلفن | محل سکونت | | مکان مراجعه بیمار | | تماس با | | وارد از | ملیت | تاریخ | | شغل | گروه سنی | | نام پدر | نام خانوادگی | |
|--------------|--------------|--------------------|-------------|-------|------------------|-----------|-----|-------------------|--|-------------------|-------------|---------|------|--------------|------------|-----|----------|-----|---------|--------------|--|
| | | | | | | روستا | شهر | بیمارستان | بیمار (نام و احد بهداشتی درمانی یا غیره نوشته شود) | بیمار اتباع خارجی | بیمار وبایی | | | نمونه برداری | بروز علائم | | ۲ ≤ | ۲ > | | | |
| نتیجه آزمایش | تاریخ * | | کیفیت نمونه | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | انجام آزمایش | تحويل به آزمایشگاه | نا مطلوب | مطلوب | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

نام و امضاء مسئول آزمایشگاه

نام و امضاء مسئول واحد

نام و نام خانوادگی نمونه بردار

* فقط این ستونهای زرد رنگ توسط آزمایشگاه تکمیل و سپس عینا به واحد بیماریهای شهرستان ارسال و بایگانی و پایان ماه آمار آن در پورتال وارد میشود.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۴)

| آدرس و شماره تلفن | نتیجه | تاریخ | | | | واحد تهیه کننده نمونه | تماس با | | وارد از | ملیت | منطقه بیمار | | وضعیت بیماری | | گروه سنی | | ردیف | نام و نام خانوادگی | ردیف |
|-------------------|-------|--------------|--------------------|------------|-------------------|-----------------------|-------------|-------------|---------|------|-------------|-----|--------------|--------|----------|-------|------|--------------------|------|
| | | انجام آزمایش | تحويل به آزمایشگاه | تهیه نمونه | بروز علائم بالینی | | بیمار وبایی | اتباع خارجی | | | روستا | شهر | بستری | سرپائی | ≤ 2 | > 2 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

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

سال: ماه:

مراقبت التور (فرم شماره ۵) گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور

| تعداد موارد ناگ انسانی | تعداد فوت شدگان در | | موارد مثبت | | | | محل سکونت | | گروه سنی | | جنس | | تعداد نمونه های آزمایش شده در | | | تعداد کل موارد اسهال گزارش شده | ردیف |
|------------------------|--------------------|------------|---------------------|---------------------|-------|--------|-----------|-----|----------|----------|-----|-----|-------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|------|
| | موارد منفی | موارد مثبت | تماس با اتباع خارجی | تماس با بیمار وبایی | بستری | سرپایی | روستا | شهر | ≤ 2 | ≥ 2 | زن | مرد | جمع | موارد اسهالی بستری | موارد اسهالی سرپایی | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

نام گزارش کننده

تاریخ گزارش

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

مراقبت التور (فرم شماره ۶)

لیست خطی موارد مثبت ناگ (گزارش تلفنی)

شهرستان دانشگاه : سال : ماه

| آدرس و تلفن | تماس با اتباع خارجی | ملیت | تاریخ گزارش | تاریخ انجام آزمایش | تاریخ نمونه برداری | تاریخ بروز | تعداد مبتلا در خانواده | نام پدر | سن | جنس | منطقه | | نام و نام خانوادگی | ردیف |
|-------------|---------------------------|------|-------------|-----------------------|-----------------------|------------|---------------------------|---------|----|-----|---------|------|-----------------------|------|
| | | | | | | | | | | | روستایی | شهری | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

نام و امضای گزارشگر



فرم گزارش تلغنی و بررسی اپیدمیولوژیکی بیماری وبا در ایران

مراقبت التور : **فرم شماره ۷ (فرم شماره ۶ و ۸ قدیم) آیتم های با علامت * تلفنی و فوری و آیتم های بدون * پس از تکمیل ثبت و گزارش شود**

| | |
|--|----------------------------|
| <input type="text"/> | کد مرکز مدیریت * |
| در این قسمت نام کاربری یا User name شهرستان ثبت گردد . | |
| <input type="text" value="1390"/> | سال * |
| <input type="text"/> | ماه * |
| <input type="text"/> | نام مرکز بهداشتی درمانی |
| چنانچه فرد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی می باشد نام آن ثبت شود | |
| <input type="text"/> | نام خانه بهداشت |
| چنانچه فرد تحت پوشش خانه بهداشت می باشد نام آن ثبت شود | |
| <input type="text"/> | نام خانوادگی و نام بیمار * |
| نام خانوادگی را ابتدا و سپس با یک فاصله نام را درج نمایید | |
| <input type="text"/> | نام پدر |
| <input type="text"/> | کد ملی |
| کد ملی را بدون خط فاصله درج نمایید.البته فعلا اجباری به نوشتن کد ملی نیست(برای آینده طراحی شده است) | |
| <input type="text"/> | تاریخ تولد تاریخ * |
| تاریخ تولد تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. | |
| <input type="text"/> | جنس * |
| <input type="text"/> | منطقه سکونت * |

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="text"/> | شغل |
| <input type="text"/> | وضیعت ازدواج |
| <input type="text"/> | میزان تحصیلات |
| <p>تاریخ بروز تاریخ  <input type="text"/></p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ ظهور اولین نشانه گوارشی بیماری (از قبیل تهوع - استفراغ - اسهال و ...)</p> | تاریخ بروز * |
| <p><input type="text"/></p> <p>نام واحد تهیه کننده نمونه مدفوع ذک شود</p> | واحد تهیه کننده نمونه |
| <p><input type="text"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p> | نوع نمونه تهیه شده |
| <p>تاریخ تهیه نمونه تاریخ  <input type="text"/></p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p> | تاریخ تهیه نمونه * |
| <p>تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه تاریخ  <input type="text"/></p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p> | تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه * |
| <p>تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه تاریخ  <input type="text"/></p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ اعلام جواب مثبت آزمایشگاه ذکر شود</p> | تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه * |
| <p>تاریخ گزارش شهرستان به استان تاریخ  <input type="text"/></p> <p>شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.</p> | تاریخ گزارش شهرستان به استان * |
| <p><input type="text"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p> | سروتایپ * |
| <p>الذور <input type="text"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p> | بیوتایپ * |
| <p>01 <input type="text"/></p> <p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p> | سرو گروپ * |

| | |
|---|---------------------------------------|
| <p>ملیت: انتخاب گزینه <input type="text" value="ایرانی"/></p> <p>مقدار خودتان را وارد نمایید:</p> <input type="text"/> <p>ملیت بیمار را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت داشتن دیگر ملیت ها در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید کلیک نموده و ملیت را تایپ کنید .</p> | <p>ملیت *</p> |
| <p>وارد از: انتخاب گزینه <input type="text" value="مورد داخل ی"/></p> <p>مقدار خودتان را وارد نمایید:</p> <input type="text"/> <p>نام کشور وارده را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت وارد شدن از سایر کشورها، نام کشور را در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید تایپ کنید .</p> | <p>وارد از *</p> |
| <p><input type="text"/></p> <p>وضعیت بالین مورد مثبت در هنگام نمونه برداری نوشته شود .</p> | <p>طبقه بندی وضعیت بالینی بیمار *</p> |
| <p><input type="text"/></p> <p>بیمار در مراجعه سرپایی یا بستری کشف شده است؟</p> | <p>وضعیت درمان *</p> |
| <p>نتیجه درمان بیمار مبتلا به ویا: انتخاب گزینه <input type="text"/></p> <p>مقدار خودتان را وارد نمایید:</p> <input type="text"/> <p>در صورت داشتن عارضه نام عارضه در باکس فوق (مقدار خودتان را وارد کنید) تایپ شود .</p> | <p>نتیجه درمان بیمار مبتلا به ویا</p> |
| <p>تاریخ فوت تاریخ <input type="text"/></p> | <p>تاریخ فوت</p> |
| <p><input type="text"/></p> | <p>تعداد اعضاء خانواده بیمار</p> |
| <p><input type="text"/></p> | <p>تعداد افراد مبتلا در خانواده</p> |
| <p><input type="text"/></p> | <p>آدرس دقیق</p> |
| <p><input type="checkbox"/></p> | <p>اسهال آبکی</p> |

| | |
|--|----------------|
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | اسهال خونی |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | تهوع |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | استفراغ |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | کرامپ شکمی |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | درد عضلانی |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | تب |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | سر درد |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | غرغر شکمی |
| مربوط به یافته های کلینیکی | |
| <input type="checkbox"/> | سایر علائم |
| <input type="text"/> | |
|  <input type="text"/> تاریخ بستری تاریخ | تاریخ بستری |
|  <input type="text"/> تاریخ ترخیص تاریخ | تاریخ ترخیص |
| <input type="text"/> | طول مدت بیماری |
| <input type="checkbox"/> | جراحی معده |
| مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | دیابت |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | بیماری قلبی |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | نقص سیستم ایمنی |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | بیماری کبد |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | سرطان |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | پیوند کلیه |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | آنتی اسید |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | شیمی تراپی |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | دارو های تضعیف کننده سیستم ایمنی |
| <input type="text"/> | مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری | گروه خونی بیمار |
| <input type="text"/> | اگر بله به سوال بعدی دقیق پاسخ دهید | آیا یک هفته قبل مسافرت داشته است |
| <input type="text"/> | | نام محل های مسافرت و تاریخ ورود و خروج هر محل |
| <input type="checkbox"/> | مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است | مسافرت خارج از کشور |

ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود)

ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود): انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

تهیه غذا از دست فروش ها

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

استفاده از غذای مشترک

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا از اغذیه فروشی

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا در رستوران

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا در مراسم ها(عروسی،ختم،سفره نذری ...)

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف غذا در مراکز تجمعی(شبانه روزی،خوبگاهها،پادگانها، و)

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف سبزی خام ضد عفونی نشده

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف میوه نشسته و ضد عفونی نشده


مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

مصرف سالاد و کاهو ضد عفونی نشده

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی | مصرف آب شرب از چاه |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی | مصرف آب شرب از قنات |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی | مصرف آب شرب از تانکر |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | مصرف آب شرب از آبهای مزارع و باغات |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | مصرف یخ غیر بسته بندی یا غیرخانگی |
| <input type="checkbox"/> بده مربوط به منابع آب آشامیدنی | مصرف آب شرب از شیرهای پارکها |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | مصرف آب شرب از مخازن آب کنار معابر |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | سایر منابع آب آشامیدنی |
| <input type="checkbox"/> | وضعیت آب آشامیدنی |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | شنا در استخرها |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | شنا در کانالها و رودخانه و برکه ها |
| <input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است | شنا کردن در دریا |
| <input type="checkbox"/> | آیا قبل از بیماری اخیر درمان پیشگیرانه شده است |

تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی



مدت مصرف دارو آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی

مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی

مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت مصرف نام داروها در باکس فوق نوشته شود

اگر علائم خفیف است مقدار ORS مصرف شده

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

اگر علائم متوسط است مقدار ORS مصرف شده در ۴ ساعت اول

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

اگر علائم شدید است مقدار ORS مصرف شده بر حسب kg/ml در ۴ ساعت اول

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

نوع مایع وریدی مصرفی

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است

تاریخ تکمیل فرم



نام و نام خانوادگی بررسی کننده

نام و نام خانوادگی بررسی کننده را با یک فاصله تایپ کنید

نام خانوادگی و نام گزارشگر