

پیوست شماره ۲:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی

شبکه بهداشت درمان شهرستان مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۲ سبررسی ایدمیولوژیک طغیان بیماری های منتقله از آب

۱-شماره سریال:

۳-نام پزشک:

۲-تاریخ: (/ /)

بخش ۱: مشخصات بیمار

۴-نام بیمار:	۵-نام خانوادگی بیمار:
۶-سن بیمار:	۷-جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
۸-ملیت:	۹-شغل بیمار:
۱۰-نام مرکز درمانی:	۱۱-آدرس کامل و تلفن بیمار:

بخش ۲: شرح حال و علائم بالینی

۱۲-استقراغ	۱۳-تهوع	۱۴-بی اشتہایی	۱۵-اتب	۱۶-درد شکم	۱۷-مدفوع عفونی	۱۸-سردرد	۱۹-بیهالی	۲۰-غیره
۲۱-درجه حرارت بیمار: (بر حسب °C)	۲۲-حداکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت:	۲۳-بدبو	۲۴-سیاه	۲۵-عفونی	۲۶-بلغمی	۲۷-آبکی	pm	توصیف مدفوع: ۲۸-تاریخ شروع اولین علامت بیمار: (/ /)
طول مدت بیماری تا به حال:	۳۰-روز	۳۱-ساعت	۳۲-آب و الکترولیت خوراکی	۳۳-سرم	۳۴-آنٹی بیوتیک	۳۵-غیره	درمان فعلی بیمار:	
۳۶-در صورت مصرف آنتی بیوتیک طول مدت مصرف تا به حال: روز	۳۷-نوع آنتی بیوتیک مصرفی:	am	pm	۲۹-ساعت شروع اولین علامت بیمار:	۲۰-ساعت	۲۱-درجه حرارت بیمار: (بر حسب °C)	۲۲-حداکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت:	

بخش ۳: اطلاعات مریوط به تماس ها

۳۸-آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده اش که بیماری مشابه داشته در تماس بوده؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر نماید)
۳۹-آیا بیمار با یکی از دوستان یا همکاران یا همکلاسی هایش که بیماری مشابه داشتند در تماس بوده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	(در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر نماید)

٤-آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟	<input checked="" type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
٤- محل مسافرت:.....	٤- تاریخ رفت: (/ /)	٤- تاریخ برگشت: (/ /)
٤- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟	<input checked="" type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
٤- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر نماید..		

بخش ٤: عوامل محیطی		
٤- منبع آب آشامیدنی بیمار:	- آب لوله کشی	- غیره ذکر فرمائید...
- چاه آب	- تانکر آب	
- سیستم کانال کشی فاضلاب شهری	- چاه فاضلاب	- چه نوع از دفع فاضلاب در منزل مورد استفاده می باشد؟

سیستم دفع فاضلاب ندارد(توضیح دهد):

بخش ٥: منابع غذایی احتمالی		
٤- صبحانه: (در همان روز شروع علائم)		
	٤- نهار:	
	٤- شام:	
٥- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:		
٥- صبحانه: (یک روز قبل از شروع علائم)		
	٥- نهار:	
	٥- شام:	
٥- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:		
٥- صبحانه: (دو روز قبل از شروع علائم)		
	٥- نهار:	
	٥- شام:	
٥- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:		
٦- صبحانه: (سه روز قبل از شروع علائم)		
	٦- نهار:	
	٦- شام:	
٦- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:		
٦- صبحانه: (سه روز قبل از شروع علائم)		
	٦- نهار:	
	٦- شام:	
٦- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:		
٦- این مراجعه چندمین مراجعة ی بیمار فوق به این مرکز به دلیل همین بیماری می باشد؟		
٦- نام رستوران یا غذاخوری که در هفته ی گذشته در آن غذا خورده اید		
٦- نام دو فروشگاه یا سوپر مارکت که اغلب مواد غذایی را از آن تهیه می کنید		
٦- آیا در هفته گذشته در مجلس مهمنانی - جشن عروسی و تولد یا عزاداری غذا خورده اید؟	<input checked="" type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
در صورت بلی آدرس آن را ذکر کنید.....		