

## فرم بررسی انفرادی بوتولیسم

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ..... شهرستان..... سال..... ماه:.....

نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: شغل:

آدرس: تلفن: تلفن همراه:

تاریخ بروز علائم: تاریخ بستری: بیمارستان محل بستری: تاریخ ترخیص: نام پزشک معالج:

سابقه مسافرت از یک هفته قبل:

مواد غذایی (به عنوان منابع احتمالی بوتولیسم) مصرفی از ۸ روز قبل از بروز علائم بیماری

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ۹- کمپوت خانگی میوه جات<br>(در صورت بلی نوع آن ذکر شود) | <input type="checkbox"/> | ۱- سبزیجات و حبوبات خانگی<br>(در صورت بلی نوع آن ذکر شود)   |
| <input type="checkbox"/> | ۱۰- پنیر کیسه ای  | <input type="checkbox"/> | ۲- کنسروهای گیاهی (نخود فرنگی)<br>در صورت بلی نوع آن ذکر شو |
| <input type="checkbox"/> | ۱۱- پنیر گوزه ای  | <input type="checkbox"/> | ۳- کنسرو ماهی   |
| <input type="checkbox"/> | ۱۲- سوسیس و کالباس                                      | <input type="checkbox"/> | ۴- ماهی دودی  |
| <input type="checkbox"/> | ۱۳- کشک   | <input type="checkbox"/> | ۵- ماهی شور   |
| <input type="checkbox"/> | ۱۴- دوغ   | <input type="checkbox"/> | ۶- سایر غذاهای دریایی                                       |
| <input type="checkbox"/> | ۱۵- سایر مواد غذایی مشکوک ذکر شود                       | <input type="checkbox"/> | ۷- اشیل ماهی  |
|                          |   | <input type="checkbox"/> | ۸- کمپوت صنعتی میوه جات                                     |

علائم بالینی: وجود هر یک از علائم بالینی زیر را با زدن علامت ضربدر در خانه مربوط مشخص کنید:

علائم	دارد	ندارد	علائم	دارد	ندارد	علائم	دارد	ندارد
تربسوس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوبینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف و سستی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فلج اعصاب حرکتی چشم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میدیاژ یا عدم پاسخ به نور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گیجی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خواب آلودگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیسفاژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خشکی دهان، زبان و حلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هوشیاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیز آرتری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایلئوس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشکل تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رگورژیتانسیون مایعات از بینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یبوست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اختلال حسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صدای تودماغی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احتباس ادراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاری دید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ضعف اندام و عضلات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تهوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
پتوز پلک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استفراغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

تاریخ تهیه	تاریخ ارسال به آزمایشگاه	تاریخ تحویل به آزمایشگاه	وجود توکسین		گشت بوتولیسم		تاریخ نمونه تهیه شده
			دارد	ندارد	مثبت	منفی	
							مدفوع
							محتویات معده
							مواد غذایی
							خون

طبقه بندی بیماری: مشکوک  محتمل  قطعی

آیا افراد دیگری از همان غذای آلوده بیمار مصرف کرده اند؟ بلی  خیر   
 در صورتیکه جواب بلی است تعداد ذکر شود و تحت درمان قرار گرفته (چه علامتی داشته باشد و چه نداشته باشد) و فرم بررسی به خلاصه اطلاعات تکمیل گردد.

تشخیصهای افتراقی: ۱- ۲- ۳- ۴-

### جدول تجویز آنتی توکسین

روز سوم		روز دوم		روز اول		نوع آنتی توکسین	سایر اقدامات درمانی به ترتیب ذکر شود
I.M	I.V	I.M	I.V	I.M	I.V		
						آنتی توکسین E, B, A	
						A	
						B	
						E	

نتیجه درمان: بهبودی  مرگ   
 در صورت بهبودی اگر عوارضی بروز نموده است ذکر شود: ۱-  
 در صورت بروز واکنش حساسیتی ذکر شود:

نام و نام خانوادگی مسئول واحد .....

امضاء و تاریخ .....

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم .....

پست سازمانی تکمیل کننده فرم .....

امضاء و تاریخ تکمیل فرم .....