

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی  
مرکز مدیریت بیماریها

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک موارد اسهال خونی دانشگاه

شهرستان                      ماه                      سال

نتیجه بیماری		بررسیهای آزمایشگاهی مدفوع					وضعیت بالینی	تاریخ بروز	محل سکونت		شغل	ملیت	جنس	سن	ردیف
		کشت		مشاهده مستقیم میکروسکوپی S/E					روستا	شهر					
فوت	بهبودی	مواد غذایی	مدفوع	تروفوزونیت هماتوفاز	گلبول سفید	گلبول قرمز									

کشت مدفوع / کشت مواد غذایی : نام میکرب رشد کرده ( V.Cholera – e.Coli – Salmonella – Shigella ، و سایر .... )

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

وضعیت بالینی: بستری - سرپایی

### فرم بررسی انفرادی اسهال خونی

استان ..... شهرستان ..... تاریخ گزارش ..... تاریخ بروز علائم .....

#### مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... سن ..... شغل ..... تاریخ بروز علائم .....

تاریخ مراجعه ..... آدرس: .....

ساکن : شهر  روستای تحت پوشش:  خانه بهداشت  تیم سیاری   
علائم بالینی:

نامشخص

خیر

بله

اسهال خفیف ( کمتر از ۳ بار )

اسهال شدید ( بیش از ۴ بار )

استفراغ

دل‌درد

وجود کف و بلغم در مدفوع

وجود خون در مدفوع

سایر شکایات ذکر شود: .....

#### علائم آزمایشگاهی:

نام آزمایشگاه: .....

نتیجه آزمایش مدفوع: گشت : مثبت  منفی  مستقیم .....

سابقه مسافرت: بله  خیر  تاریخ ..... محل .....

#### نحوه درمان:

سرپایی  بستری  نام بیمارستان ..... تعداد روزهای بستری .....

نوع داروی تجویز شده ..... طول مدت درمان .....

#### منبع آب آشامیدنی

چاه  چشمه  لوله کشی شهری  قنات  سایر .....

نتیجه آخرین آزمایش آب : میزان کلر باقیمانده ..... زمان ماند ..... آزمایش میکروبی .....

#### دفع فاضلاب:

چاه  رودخانه  سیستم فاضلاب  سایر .....

#### وضع توالت:

دارد  بهداشتی  ندارد

- غیر بهداشتی

#### نتیجه درمان:

بهبودی  عود  عارضه  فوت

نوع عارضه .....

نام بررسی کننده ..... عنوان ..... امضاء .....