

فرم درمان و پیگیری بیماران مالاریایی

بسمی تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ویرایش ۰۰۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

نام شهرستان : نام آبادی : شماره آبادی : نام واحد :

نوع واحد | مرکز بهداشتی و درمانی روستایی شهری

خانه بهداشت روستای اصلی روستای قمر تیم سیار میز پاسیو بخش خصوصی بستری

روز ماه سال

نوع مراقبت : اکتیو پاسیو نوع لام : تبدار تعقیب بررسی

نام و نام خانوادگی : نام پدر : نام مادر : سن (سال) : جنس : مرد زن باردار زن غیر باردار ملیت : شغل :

آدرس کامل بیمار : نام آبادی : شماره آبادی :

تاریخ تهیه RDT : نتیجه RDT : تاریخ تهیه لام : تاریخ تحویل به آزمایشگاه : تاریخ آزمایش : نوع و مراحل انگل :

شماره ردیف بیمار : آدرس بعدی بیمار در صورت مهاجرت :

شمارش انگلی						نام درمان کننده	شمارش انگل	لام های تعقیب		درمان موارد مقاوم		تعداد دارو های تجویز شده		تاریخ درمان	هفته درمان	
تاریخ	در یک میکرولیتر	انگل جنسی	انگل غیر جنسی	گلپول سفید	روز			نوع و مرحله انگل	تاریخ تهیه	دارو		تاریخ درمان	فنسیدار <input type="checkbox"/> پریماکین <input type="checkbox"/>			آرتسونیت <input type="checkbox"/> کلروکین <input type="checkbox"/>
										تعداد	نوع					
					۱											
					۲											
					۳										روز اول	
					۴										روز دوم	
					۵										روز سوم	
					۶										هفته دوم	
					۷										هفته سوم	
					۱۴										هفته چهارم	
					۲۱										هفته پنجم	
					۲۸										هفته ششم	
					۳۵										هفته هفتم	
					۴۲										هفته هشتم	

نام و امضای تنظیم کننده فرم : نام و امضای کاردان مرکز بهداشتی و درمانی : نام و امضای مسئول مرکز بهداشتی و درمانی :