

پیوست ۲:

✓ فرم های بررسی در نظام کشوری مراقبت بیماری وبا

✓ فلوجارت بررسی بیمار مشکوک به وبا

- فرم شماره ۱: نمودار پایش اسهال
- فرم شماره ۲/۱: لیست واحدهای بهداشتی و درمانی واجد شرایط مراقبت التور
- فرم شماره ۲: دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان
- فرم شماره ۳: فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه
- فرم شماره ۴: دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان
- فرم شماره ۵: گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور
- فرم شماره ۶: لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد بیماری وبای التور
- فرم شماره ۷: لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد ناگ مثبت
- فرم شماره ۸: فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری وبا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

نام واحد های واجد شرایط مراقبت التور شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۲/۱) فرم واحد های بهداشتی و درمانی واجد شرایط مراقبت التور

ردیف	نام واحد بهداشتی درمانی ، بیمارستان ، پایگاه بهداشتی مرزی یا شهری ، درمانگاه ،
۱	
۲	
۳	
۴	
۵	
۶	
۷	
۸	
۹	
۱۰	
۱۱	
۱۲	
۱۳	
.....	

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 مرکز بهداشت شهرستان

دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۲)

تحویل محیط کری بلر			نام و احد بهداشتی یا درمانی یا بیمارستان	*ردیف
نام تحویل گیرنده	تعداد	تاریخ		

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

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

خانه بهداشت :
مرکز خدمات جامع سلامت:
بیمارستان:
مطب خصوصی :

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

آزمایشگاه				آدرس کامل و تلفن	محل سکونت		بیمار		وارد از	بیمت	سابقه مصرف آنتی بیوتیک قبل از نمونه گیری		تاریخ		شغل	گروه سنی		جنس	نام پدر	نام و نام خانوادگی
					روستا	شهر	بستر	سرنانی			دارد	ندارد	بروز علائم	نمونه برداری		> ۲	< ۲			
نتیجه آزمایش	تاریخ *		کیفیت نمونه																	
	مطوب	مطوب نا	تحویل به آزمایشگاه	انجام آزمایش																

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.

آدرس و شماره تلفن	نتیجه	تاریخ				واحد تهیه کننده نمونه	واژه از	ملیت	سابقه مصرف آنتی بیوتیک بعد از بروز علامت اسهال		وضعیت بیماری		گروه سنی		سن	جنس	نام و نام خانوادگی	ردیف
		انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	تهیه نمونه	بروز علائم بالینی				ندارد	دارد	بستری	سرپایی	۰-۲	۳-۷				

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
 مرکز بهداشت شهرستان.....
گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور

مراقبت التور (فرم شماره ۵)

سال: ماه:

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	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
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد بیماری وبای التور

مراقبت التور (فرم شماره ۶)

سال:

ماه:

دانشگاه:

شهرستان:

آدرس	وارد از	ملیت	نتیجه درمان		وضعیت کلرینا سیون آب	منبع آب آشامیدنی	وضعیت درمان	وضعیت بالینی	تاریخ گزارش	سروتاپی		ناک	تاریخ انجام آزمایش	تاریخ نمونه برداری	تاریخ بروز	تعداد افراد مبتلا در خانواده	سن	جنس	منطقه		نام و نام خانوادگی	ردیف
			مرگ	بهبود						روستایی	شهری											
			اینابا	اوگاوا																		

منبع آب آشامیدنی : رودخانه، چشمه، چاه ، تانکر، لوله کشی، قنات

نتیجه درمان : بهبودی، مرگ (تاریخ مرگ)

وضعیت بالینی : شدید، خفیف، متوسط

وضعیت درمان : سرپایی، بستری

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

مراقبت التور (فرم شماره ۷)

لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد ناگ مثبت

شهرستان دانشگاه : سا ل:.....ماه.....

آدرس و تلفن	ملیت	تاریخ گزارش	تاریخ انجام آزمایش	تاریخ نمونه برداری	تاریخ بروز	تعداد مبتلا در خانواده	نام پدر	سن	جنس	منطقه		نام و نام خانوادگی	رتیف
										روستایی	شهری		

نام و امضای گزارشگر

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری وبا

مراقبت التور (فرم شماره ۸)

منبع خبر :
تاریخ گزارش :
نام و مرجع ارائه خدمات :
نام و نام خانوادگی گزارش دهنده :
شماره تلفن :

مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد : شغل : جنس :
وضعیت تأهل : مجرد متأهل تعداد افراد خانوار :
آدرس محل سکونت و شماره تلفن :
ساکن شهر : شهرستان : استان :
ساکن روستای : تحت پوشش خانه بهداشت ستای قمر سیار
نام پدر : نام مادر :
آدرس محل کار و شماره تلفن :

وضعیت بالینی :

تاریخ شروع علائم : تاریخ مراجعه :
شدید خفیف
نحوه ارائه خدمات : بستری سرپایی
بدون علامت

اطلاعات آزمایشگاهی

نام آزمایشگاه : آدرس آزمایشگاه : تلفن ثابت : همراه
تاریخ آزمایش نمونه : سروتیپ : اوگاوا اینابا هیکو جیما ناگ

بررسی اپیدمیولوژیکی :

تاریخچه تماس ها و مسافرت :

کلیه محلها و شهرهای دیگر خارج از روستا / شهر محل زندگی و یا محل کار بیمار که طی یک هفته پیش به آنجا مسافرت نموده است :

محل	تاریخ مسافرت
.....	تا
.....	تا
.....	تا
.....	تا

سابقه کامل مصرف مواد غذایی (آشامیدنی ها و خوراکی ها) در طی یک هفته پیش دقیق نوشته شود:

کشت مدفوع انجام شده برای افراد در معرض تماس : (در صورت نیاز بیشتر از پشت صفت استفاده شود).

نتیجه کشت :	نسبت با بیمار :	جنس :	نام و نام خانوادگی :	سن :	
.....	-۱
.....	-۲
.....	-۳

منبع آب آشامیدنی :

سد چاه چشمه رودخانه قنات غیره (مشخص شود)

شکل توزیع آب :

لوله کشی شهری لوله کشی روستایی بر آب عمومی لانکر است غیره (مشخص شود)