بسمه تعالی

|  |  |
| --- | --- |
| فرم بررسی انفرادی بیماری لپتوسپیروز | وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکیدانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ....................مرکز بهداشت شهرستان .................... |
| نام : نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس:شغل: آدرس محل سکونت: |
| منبع گزارش: تاریخ بروز علائم: تاریخ مراجعه به پزشک:تاریخ و محل بستری : تاریخ نمونه برداری: |
|  روز اول بستری طی درماننشانه ها و علائم بالینی: تب    درد عضلانی    راش    احتقان ؟    علائم مننژیت    اختلالات کلیوی    اختلالات ریوی   یرقان   خونریزی و محل آن  نام محل :................  نام محل :.....................سایر موارد با ذکر نام: .............................................................................................................آیا بیماری یک دوره بدون تب در سیر بیماری داشته است؟ بلی  خیر  |
| منبع آب آشامیدنی: چشمه  آب لوله کشی  چاه  سایر موارد  نام ببرید: ............................. |
| بررسی همه گیرشناسی و منبع احتمالی بیماری (در یک ماه قبل شروع علائم) دارد ندارد دارد ندارد1. سابقه کار در مزرعه   2- تماس با آشامیدن آب راکد یا جاری

(نوع مزرعه) ................................ (در صورت آشامیدن نوع آب ذکر گردد.1. تماس با حیوان   (در صورت داشتن تماس کدام یک از موارد زیر)

 (در صورت مثبت بودن کدام یک از موارد زیر ) - شنا در رودخانه  گاو  - شنا در استخر  سگ  - قایقرانی و اسکی روی آب   موش  - ماهیگیری   سایر حیوانات  - سایر موارد ...............................................................  |

|  |
| --- |
| نوع و نتیجه آزمایشات انجام شده:الف) تست های عمومی ب) سایر آزمایشات ج) تست های اختصاصیSGOT ................................ ................................................... MAT ...............................SGPT ................................ .................................................. ELISA ............................CPK ........................................................ ............................................................................ کشت ...................................................WBC ....................................................... .......................................................................... IFA ...................................................پلاکت .................................................... ...................................................................... ............................................................Hbg ...................................................... ..................................................................در صورت انجام LP نتیجه بررسی CSF ذکر گردد .  |
| نوع و مقدار و مدت داروهای تجویز شده : |
| اقدامات پیگیری در انسان و دام : |
| عاقبت بیماری: بهبودی  عوارض دائمی  نام عارضه ذکر گردد ............................................ فوت  تاریخ ذکر گردد .................................................... |
| نام و سمت بررسی کننده :تاریخ بررسی:نظریه نهایی کارشناس مسئول یا اپیدمیولوژیک مبارزه با بیماریهای شهرستان : |

این فرم در 3 نسخه تهیه می شود یک نسخه در مرکز بهداشت شهرستان نگهداری و دو نسخه به مرکز بهداشت استان ارسال گردد که یک نسخه از آن توسط مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد.